



Facteurs limitants l'accès à l'IVG médicamenteuse à domicile pratiquée par les médecins généralistes en pays cannois : étude qualitative sur 24 cas

Charlotte Lefranc

► To cite this version:

Charlotte Lefranc. Facteurs limitants l'accès à l'IVG médicamenteuse à domicile pratiquée par les médecins généralistes en pays cannois : étude qualitative sur 24 cas. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01254628

HAL Id: dumas-01254628

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01254628>

Submitted on 12 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

**Facteurs limitants l'accès à l'IVG médicamenteuse à domicile
pratiquée par les médecins généralistes en pays cannois.
Étude qualitative sur 24 cas.**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 16 octobre 2014

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

Charlotte LEFRANC

Née le 27 août 1983 à PITHIVIERS

Composition du jury :

Monsieur le Professeur J.B. SAUTRON

Président du Jury

Monsieur le Docteur Alain GANASSI

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Christian PRADIER

Assesseur

Monsieur le Professeur Olivier GUERRIN

Assesseur

Monsieur le Docteur Fabrice LE BARZIC

Assesseur

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Assesseurs

M. ESNAULT Vincent
M. CARLES Michel
Mme BREUIL Véronique

Conservateur de la bibliothèque

Mme DE LEMOS

Chef des services administratifs

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIÈRE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTE Michel
M. INGLESAKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. MARIANI Roger
M. LOUBIERE Robert
M. LE FICHOUX Yves
M. LE BAS Pierre
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie (50.02)
M. DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick (54.05)	Biologie du Développement et de la Reproduction
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme LEBRETON Élisabeth (50.04)	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BAQUE Patrick	Anatomie – Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques
	(54.04)	
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)

M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
M.	PRENTKI Marc	Biochimie et Biologie Moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	DARMON David	Médecine Générale
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et je vous en remercie. Votre disponibilité et votre implication dans la discipline de Médecine Générale sont pour moi un exemple. Merci d'avoir recadré mon travail, merci pour votre patience. Permettez-moi de vous exprimer mon profond respect.

Monsieur le Docteur Alain GANASSI

Je te remercie de m'avoir fait le plaisir et l'honneur de diriger cette thèse. Tu m'as guidée dans la réalisation de ce projet et tu m'as fait confiance. Malgré un emploi du temps chargé tu as su rester disponible, à l'écoute. Je te remercie de m'avoir transmis ton expérience en SASPAS. Trouve ici le témoignage de ma plus profonde estime et sois assuré de ma gratitude et de mon amitié.

Monsieur le Professeur Christian PRADIER

Vous me faites le plaisir et l'honneur de participer à ce jury de thèse. Vous m'avez fait partager vos idées pour ce projet. Vos précieuses recommandations et votre aiguillage dans la méthodologie m'ont permis de réaliser ce travail. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Olivier GUERRIN

Ta présence au sein de ce jury m'honore. Ton implication, tes recherches en gérontologie, ton parcours sont un exemple. Trouve ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Docteur Fabrice LE BARZIC

Vous me faites le plaisir de participer à ce jury de thèse. Merci de m'avoir laissé la chance de vous remplacer à de nombreuses reprises et dernièrement pendant plus de deux mois, ce fut un travail très enrichissant. Merci pour votre confiance. Pour votre passion du métier et votre grande capacité de travail, soyez assuré de mon grand respect.

A toutes les personnes qui, de loin ou de près, ont contribué à la réussite de ce travail, notamment à l'équipe médicale et paramédicale du centre hospitalier de Cannes, à ceux qui m'ont aidé pour le recrutement, aux femmes ayant accepté l'entretien, à la spécialiste de la méthodologie qualitative.

Docteur Pia TOUBOUL, pour votre disponibilité et vos précieux conseils méthodologiques soyez assurée de ma sincère considération pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Docteur Olivier TOULLALAN, merci de m'avoir proposé un sujet de thèse sur les IVG, de la création du réseau au parcours des femmes, ce fut un travail fort intéressant. Félicitations pour le développement du service de gynécologie obstétrique à Cannes.

Docteur Mauricette SEBAOUN, j'ai adoré travailler en ta compagnie, j'attendais toujours avec impatience les jours où tu venais dans le service. Merci pour ton aide, tes conseils, ton soutien pour l'organisation des réunions en vue de la création du réseau. La réussite de ton réseau Grassois a été un vrai exemple pour moi.

Docteur Corinne LEPILLER, merci pour ton implication dans la santé des femmes. Merci de m'avoir accompagné dans ce projet de réseau d'IVG et d'en d'avoir pris les rênes en tant que coordinatrice.

Docteur Laëtitia D'ANGELO, merci pour ta gentillesse, ton professionnalisme et tes qualités humaines avec les patientes, tu fait l'unanimité tant auprès des patientes qu'auprès de ton équipe.

Nathalie LACOMBE, merci d'avoir pris sur ton temps pour contacter toutes les patientes, merci pour cette agréable matinée où nous avons autant travaillé que discuté et pour tes précieux conseils concernant les relations de travail à l'hôpital.

Catherine BAUDOUIN, Maryse KAYSER, pour leur aide lors de la création du réseau et pour la transmission des informations à leur équipe.

Docteur Christian GEGHRE, vous m'avez été d'une grande aide pour le recrutement des femmes demandeuses d'IVG, merci pour votre implication dans leur prise en charge.

Docteurs Stéphanie BÉJARD, Céline CARDINALE, Vanina LEDORÉ merci pour votre implication dans le réseau et de m'avoir aidé à recruter des patientes.

A tous les médecins qui m'ont fait partager leur expérience :

A mes maîtres de stage chez le praticien et en SASPAS : merci pour toutes les connaissances que vous m'avez apportées. Ces stages furent les plus enrichissants pour moi : **Dr Brigitte MONNIER, Dr Yannick TRICOIRE Dr Gérald BAROGHEL, Dr Didier CASELLES, Dr Alain GANASSI.**

Aux médecins des services de **gynécologie, pédiatrie, urgences et cardiologie du CH de Cannes.**

Aux médecins de **l'hôpital de Cimiez**, et notamment au **Dr Rabia BOULHASSASS**, pour sa rigueur et tout ce qu'elle m'a appris.

Aux médecins des **urgences de l'hôpital St Roch**, le passage dans votre service a été extrêmement formateur, je serai toujours admirative devant vos qualités professionnelles et humaines, votre calme et self control dans l'urgence.

Aux médecins que je remplace et que j'ai remplacés : avec toute ma reconnaissance pour la confiance que vous m'avez toujours accordée et pour les conseils judicieux que vous m'avez prodigués : **Dr MONNIER, Dr TRICOIRE, Dr BRAUN, Dr FOLLACI, Dr FRANCIS, Dr BRANCIFORTI, Dr DONADEY, Dr PACE, Dr LASSALLE, Dr TROJMAN, Dr LEVY, Dr LE BARZIC** et à toute l'équipe de **l'Association Médicale Entre Deux Rives.**

À ma famille

Je dédicace cette thèse à mes parents et mon frère. Merci pour tout votre amour.

Maman, ton courage et ta ténacité, ton goût pour le travail bien fait sont un modèle pour moi. Maintenant, il est temps que Servier te libère, pour profiter pleinement de ta retraite. Merci d’avoir été aux petits soins pour moi quand je me réfugiais chez toi pour rédiger ma thèse. La maison de St Cyr, est pour moi, un petit coin de paradis où il fait bon vivre, tu as su l’embellir avec les années et la rendre toujours accueillante. Merci pour ton exemple de stabilité à tous points de vue et pour tes encouragements à la rédaction de cette thèse.

Papa, les vacances à Marseille, baignades dans les calanques, randonnées dans les massifs de la Sainte Baume, de Marseilleveyre, de l’Etoile resteront de superbes souvenirs de ma jeunesse. Ta vie aura été pleine de rebondissements avec toujours de nouveaux projets, de nouvelles envies. Merci d’avoir toujours pris le temps de m’écouter et de me soutenir quand j’en avais besoin. Merci de m’avoir encouragé dans l’écriture de cette thèse, pour la relecture et les multiples corrections.

A mon frère, **Nicolas**, je ne pourrais imaginer meilleur grand frère, toujours prêt à rendre service, d’une impatience incroyable quand je t’appelais à l’aide car mon ordi ne fonctionnait plus. Merci d’avoir toujours été si présent, dès mon arrivée à Saint Etienne et tout au long de mes études. Bravo pour tout le travail dans votre maison à Valence, elle est désormais magnifique.

Philippe GROSJEAN, voilà déjà 10 ans que tu es entré dans la famille et c’est toujours un plaisir de partager des moments avec toi. Merci pour ta gentillesse et ton calme. Vous vous complétez bien avec maman.

Emmanuelle BAYON, il aura fallu un certain anniversaire pour que tu changes d’avis sur mon frère ! Bienvenue dans la famille Manue ! J’espère que nous aurons l’occasion de se voir plus maintenant que la thèse est terminée. Bravo à toi aussi pour ton travail dans votre maison.

A ma marraine, **Elisabeth COISNON**, tu as su transmettre tes valeurs à tes neveux et nièces et à tous tes petits enfants. Tu n'as jamais oublié un seul anniversaire. Tu as fait de Mennessard un véritable château et le bonheur de tous les petits et grands qui y ont séjourné. Merci pour les vacances à Peisey et pour tout le reste.

Aux grands parents **LEFRANC, Huguette et Robert**. Mahue, bravo pour ces longues années de travail, tu as su être appréciée de tes clients et tu leur rendais bien, ne prenant ta retraite qu'à 70 ans passés. Papi tu me feras toujours bien rire avec tes histoires d'avant, toutes ces anecdotes de ta vie que tu racontes si bien.

Aux grands parents **MARCHAUDON, Etiennette et Camille**. Je n'ai pas eu la chance de vous connaître mais vous avez réussi à unir une famille de 9 enfants, qui s'est bien agrandie avec les années. Les fêtes de famille n'en sont que plus joyeuses. Etiennette, je sais que tu aurais été fière d'avoir une petite fille médecin.

À mes **oncles et tantes MARCHAUDON**, Etienne & Marie-Thérèse, Michel, Marinette & René, Elisabeth & Jean, Marc & Micheline, Edith & Roger, Marie-Thérèse & François. Merci de trouver, chaque année, l'occasion de réunir notre grande famille.

À mes **cousins et cousines MARCHAUDON et leurs conjoints**: Denis & Marie-Claire, Jean & Frédérique, Vincent & Marie-Jo, Franck, Myriam, Daniel, Pierre & Christine, Hélène & Guy, Geneviève & Jean-Claude, Catherine & Éric, Jean-Claude & Paule, Frédéric & Hélène, Marie-Christine, Jean-Marc & Chantal, Martial & Géraldine, Frédéric, Cécile & Bruno, Sébastien, Céline, Christophe & Isabelle, Virginie & Florian, Alexandra & Romain.

Les jumelles, Seb, Christophe, Bibiche vous êtes mes cousins les plus proches, je vous adore.

À tous mes **petits-cousins et petites-cousines** qui ne sont plus si petits.

Une pensée émue pour ceux qui nous ont quitté trop tôt: Tonton Roger, Tonton Jean, Franck et Marie-Jo.

À **Christiane, Jean-Marie** et mes cousins **Arnaud & Clotilde, Olivier, Mathieu WENDER**.

À **Alain et Christine JOANNES**, merci pour les vacances en Corse, à **Cyril et Perle**.

À **Joëlle DEGUIGNET**, j'ai beaucoup de plaisir à venir te voir à Antibes, même si je ne le fais pas assez souvent, ta culture générale m'impressionnera toujours.

À mes amis

Si votre nom est écrit ici, c'est qu'à un moment ou à un autre nous nous sommes croisés et que vous avez marqué ma vie ou que vous la marquez encore ;-)

A mes amies d'enfance : **Delphine DERYNG, Gaëlle EVEN, Florianne JAWORSKA, Emilie DE HAROT, Leslie HUEL**. A tous les bons souvenirs en votre compagnie, aux vacances que nous avons passées ensemble. Félicitations à toutes tant pour votre réussite professionnelle que personnelle.

Aux années Geoffroy Saint Hilaire : **Jennifer MARINE, Sébastien BONHOMME & Céline MARTINET, Emeline LEFRANÇOIS, Annabelle BRAGANÇA, Romain VERMANDE, Damien GENÈCHE, Quentin LEE, Yohann DAUBIGNARD**. A toutes les conneries qu'on a pu partager ensemble, à ces fous rires en classe.

Céline & Seb, au lycée je n'aurais jamais misé sur un éventuel rapprochement, vous êtes maintenant mariés, mes félicitations.

Aux années stéphanoises.

D'abord à **Thomas ROUCHOUSE**, parce que ma vie à Saint Etienne ce fut surtout la vie avec toi. J'aurai toujours énormément d'affection pour toi, je te souhaite d'être heureux. À ta famille. **Catherine**, je ne pouvais rêver meilleure belle-mère ! Quels bons moments en ta compagnie, j'aurais passé des heures à discuter avec toi si Tom ne venait pas me chercher. **Bernard**, j'ai toujours été admirative de l'esprit de famille que tu as su créer, la passion pour ton travail et ton esprit à la fête malgré tes journées bien chargées. Vous êtes une famille incroyable, quelle joie de vivre ! À **Clément, Caroline, Maud**, vous avez toute mon amitié les Rouch.

Clémence MORELLI, tu fais partie des premières personnes que j'ai rencontrées en arrivant à St Etienne, merci pour ton accueil et ta gentillesse. Ton histoire avec **Meego** est très belle.

Anya BAKHA, Brigitte FARIZON, Stéphanie COGNET, Cécile GALLEGRO, Marion JOUBERT mes copines de promo, je pense souvent à vous et vous me manquez.

Coralie ANGONIN & Pierre BOUCHER, je vous souhaite une bonne installation à Lyon et beaucoup de bonheur. Merci de m'avoir invité à votre mariage.

Marion HACQUARD, Stéphane RAMBAUD, Brice CARLOT : quand j'étais en P2 vous étiez les grands, les modèles, merci pour tous ces bons moments en votre compagnie.

Coline MUNSCH, à notre rencontre au Crit 2004, et à toutes ces semaines de vacances passées en ta compagnie.

Adrien MARCUCCILLI, Benjamin BASSON, Rémi Malhomme, Gaël CAMBON, les copains de la fac. Marcou, je n'aurai jamais utilisé la planche à voile gagnée à ton anniv !

Chloé CHALAYER, ils étaient bien loin les souvenirs du début de nos études à St Etienne, tu m'as replongé dans cet univers en débarquant à Nice.

Aux autres copains de la faculté de médecine de St Etienne...et à tous ceux que j'ai rencontrés au cours du folklore de nos années estudiantines.

Aux années niçoises, déjà 5 ans dans cette ville et que de rencontres... Merci à ceux qui m'ont poussé à écrire ma thèse pendant un an et qui m'ont ensuite supporté pendant l'année qu'il m'a fallu pour la rédiger. Merci pour votre patience et votre soutien.

Aux médecins

Hayfa BEJAOUI, Anne-Laure FISH, Camille GIRE, Stéphane ATTAL, Guillaume EXTERMANN, ma petite équipe cannoise, ce fut un plaisir de partager ces débuts d'internat avec vous. La première de l'équipe à parler thèse, la dernière à la soutenir, comme tu me l'as fait remarquer Camille! Félicitations pour vos thèses, votre mariage **Johanne COHEN** et Steph, vos 3 beaux enfants **Sandrine GARSON** et Guillaume.

Hayfa BEJAOUI, j'ai toujours été très admirative de ton parcours. Tu es brillante, généreuse, pleine de ressources. Très heureuse que tu aies rencontré **Hubert**. Et bon voyage en Indonésie.

Caroline IBBA, toujours motivée pour des WE sportifs: ski, randonnées, maintenant kite ; et pour de beaux voyages, profite bien de ces 2 mois en Guadeloupe. Tu peux compter sur moi.

Marlène ALBAGLY, quel beau parcours, tu auras enchainé tes années d'études et ton assistantat d'une traite. Maintenant que tu reviens à Nice c'est moi qui pars. Mais je ne m'inquiète pas, on aura bien des occasions pour se voir.

Bérengère CASAL, ma Béren, à cette rencontre à la Cup en Gwada. J'en aurais passé du temps sur ton bateau ! À tous les bons moments passés et à venir.

Mariangela DESANTIS, de la famille des Pires, je veux la jolie blonde qui ne tient pas en place. Quelle pêche tu avais, tu nous as fait passer un super été à tous cette année là.

Stéphanie BAUDIN, toujours de bonne humeur la Steph, ne change pas. Merci pour ton aide, notamment pour l'usage de Zotero.

Benjamin KADOUCH, mon premier co-interne, j'admirais ton calme, ta sérénité, ta capacité à enchaîner les gardes aux urgences à Cannes et celles à Entre Deux Rives en plus de notre stage. Merci de m'avoir aidé, soutenue quand je doutais de moi.

Nicolas GEGHRE, quel phénomène, 45 jours pour écrire une thèse, un temps auquel on ne s'attendait pas au marathon de New York, tu es plein de ressources et surtout bien drôle. Merci, d'avoir été un des premiers à dire non au chantage affectif de Flamm.

Julien DASCOTTE, Ludovic KUFFLER, Grégory FRIN-MATHY, Jean-Marie GUILLARD, Mickaël TAN, Brice GOUSTARD, Joëlle CAMALET, Caroline BOUSSACRE, quelle bonne équipe cet été là à Cimiez, merci d'avoir supporté mes contraintes de gardes et de vacances, et de m'avoir fait rire à chacune de nos pauses.

Xavier FLAMM, merci pour ce bel été 2010 en ta compagnie. Tu sais, la haine n'est pas très loin de l'amour, pardonner c'est aussi pouvoir se sentir plus libre.

Cyril LOUVRIER, merveilleux souvenirs de la Cup 2011 en Grèce, de nos WE à Lille, Biarritz, Paris, Nice, Clermont, Toulouse, Aix les Bains. Je ne te remercie pas pour la douche froide pendant la Snow. Mais cela m'a permis de rester à Nice et de découvrir cette belle ville. Ce fut un de mes meilleurs étés.

Pauline BAISSAS & Pierre BOUZAT merci pour votre convivialité et votre côté bon vivant, vous aimez régaler vos amis et c'est toujours un plaisir de vous voir.

Audrey & Alban MASSEIN je suis très heureuse d'avoir été présente le jour de votre mariage, qui fut magnifique. Et quelle belle petite fille.

Jean François FIAUD & Alix DE LESPINAY tous mes vœux de bonheur.

Sophie GONIDEC, je ne pourrai jamais assez te remercier pour ta gentillesse après l'Hipposnow 2012, les petits WE lyonnais en ta compagnie m'ont redonné le goût à la fête et le sourire, j'espère qu'on aura l'occasion de se reparler. Je n'ai jamais été si bien déguisée que par toi et l'équipe des Mykonasses (**Amandine, Hélène, Anne, Julie, Laure, Christophe, Laurent, Martin**).

Benjamin ROSSI, tu es complètement déjanté, comme tu me faisais rire avec ton ombrelle rose, continue à profiter de la vie à fond au jour le jour, tu le fais si bien.

David MERIOCHAUD, j'ai beaucoup aimé nos longues discussions, ton honnêteté et ta tendresse.

Ophélie CHOINET, la snow, la cup, le château en Martinique, les soirées parisiennes, une amitié est née. Puis le voyage à Tibau, toutes deux à nous lamenter sur les mecs qu'on rencontrait. Et quelques semaines plus tard **Eric** débarqua dans ta vie. Votre mariage fut superbe. Je vous souhaite beaucoup de bonheur.

Florence PORNET, la Cup nous a permis de se rencontrer et tu fais maintenant partie de ceux que je vois en dehors des soirées, merci de prendre des nouvelles régulièrement.

Amandine BILLIAUX-PATY et Donatien PATY au départ un peu suspicieux, vous avez appris à me connaître un peu plus. Je vous apprécie beaucoup.

Frédéric OBADIA, un niçois à Sté et une Stéphanoise à Nice, 4 années à entendre parler de toi sans pouvoir mettre de visage sur ton nom, contente d'avoir enfin fait ta connaissance!

Aux kiteurs

Sophie MASSAT, ma Soso, comment t'exprimer toute mon amitié, les mots ne sont pas assez forts ! Ton dynamisme, ta joie de vivre, tes envies de voyage, de découvrir de nouvelles sensations, tout, tout le temps, te caractérisent contrastent avec tes jours d'introspection à réfléchir sur le monde. Je t'adore. Merci de m'avoir encouragé pendant ma thèse.

Sylvain LEYMARIE Je n'aurais pas imaginé que notre rencontre déboucherait sur une telle amitié. Professionnellement brillant, tu es un ami sincère et aussi un super papa, j'espère que j'apporterai autant à mes enfants que tu le fais à Camille. Très bonnes vacances en Grèce, à quand les prochaines ?

Alexis LEFÈVRE Alex, toujours le mot pour rire. À tous ces WE parisiens où, au matin, avec la gueule de bois, on se racontait des bribes de nos soirées. À nos supers vacances au Brésil, au Cap Vert, et aux prochaines.

Pauline VICTOR, c'est qui cette blonde qui connaît tous nos pots et nos ex. La 1^{ère} impression passée, tu m'as entraîné à Pipa jusqu'au bout de la nuit pour fêter ton dernier jour au Brésil. De retour à Paris, on a partagé les amis : Alex, Sophie, Eric, Ophélie et nous voilà une belle petite bande !

Renaud TANZI, tu m'as fait passer des moments géniaux, j'ai commencé à aimer la dolce vita niçoise avec toi. Encore merci pour le conseil de Tibau.

Clément SORBA, Nils CHAMPLIAU, Marc PICAULT, Edouard ROULLEAU, Vincent DELMOULY, Marianne BUISSON et Renaud, mes chouchous de co-pilotes Air France, vous avez une vie de dingue, vous me faites rêver avec tous vos voyages, vos soirées où le champagne coule à flot (ça c'est pour Doudou), et vos trip kite dans tous les meilleurs spots du monde (ça c'est pour les autres).

Guillaume CONTE, alors toi ! Quelle histoire depuis l'été 2012, tu m'auras bien fait courir... et quand je décidais d'arrêter, il fallait toujours que tu réussisses à relancer ma course. Il restera de tout ça quelques nuits mémorables... Je te souhaite d'être heureux à Bali ou ailleurs. Peut-être qu'un jour nous nous croiserons sur un spot en Indonésie.

Véronique TREBAOL, quand j'aurai ton âge, je voudrai être aussi resplendissante et dynamique que toi Véro. Merci d'avoir créé le groupe « Bref, on va faire du kite entre filles » et organiser ces WE magiques qui m'ont permis de rencontrer ces gens formidables : **Marine QUINTON**, **Sarah LEBRETON**, les p'tites kiteuses brefeuses, vous êtes au top les filles; **Yann CHOUARD**, **Cyril TINTORI**, **Nicolas GEMSA**, **Steeve AMEGADJE**, les sympathisants des brefeuses ; **Bérengère & Vincent BERRIAUX**, merci pour votre accueil chaleureux. Content de vous avoir tous rencontré. Qui dit thèse terminée, dit reprise du kite par chez nous.

Serge GAUTIER, la boîte jaune en Sicile, quel équipage ! Merci pour les bons moments passés en ta compagnie, l'hôtel de luxe à Lyon et le WE à Saint-Tropez.

Régis MESSE, **Arnaud DAVOUST** merci de m'avoir secouru, épuisée par le décalage horaire et le « sur-toilage » malgré vos bons conseils. Et merci pour l'animation à Icarai.

À mes autres amis

Guillaume MARIA, d'un acolytes de soirées tu es devenu un ami Guigui, merci pour tes talents de Dj pour mes 30 ans, pour ta gentillesse. Des heures à discuter « relations humaines ». Tu as beaucoup de qualités, n'en doute jamais, tu peux compter sur moi.

Elodie MASCARELLO mon Elo, que de rebondissements dans ta vie ces derniers temps. L'important pour moi est que tu sois heureuse. Tu as bien fait de revenir dans la région, je suis très heureuse d'avoir fait ta connaissance. Je te compte parmi mes amis.

Pauline LALART, on s'est faite la même réflexion quand on s'est rencontré « elle a aussi des copines normales ?! ». Le courant est vite passé et je t'apprécie beaucoup.

Julien BERNASCONI, on pourra remercier Guillaume de nous avoir présenté ! Que de bonnes soirées en ta compagnie et on se souviendra du WE à Auron, de ses conséquences aussi !

Olivier KUFFLER, **Guillaume KISS**, les deux inséparables, les deux bout en train, toujours le mot pour faire rire.

Olivier SAVY, merci de m'avoir accompagné pour mon 1^{er} investissement, d'avoir été présent avec **Carine** pour mes 30 ans.

Charley BRAGAYRAT, au départ ça n'était pas gagné, la faute à Ben. Une fois que j'ai mieux fait ta connaissance, je t'ai tout de suite apprécié. Courage pour la fin de tes études.

Hugues BOUQUET DE JOLINIERE, quatre années à se croiser en soirée sans jamais vraiment se parler. C'était très agréable de faire plus ample connaissance ces derniers mois et merci pour ces petits moments « OFF » en ta compagnie. Continue tes exploits sportifs, tu m'épates vraiment. Et prends un peu plus soin de toi, les jeux de dés sont mauvais pour la santé.

Marie GABEL, trop hâte d'atterrir à Vientiane pour te rejoindre et découvrir Laos, Cambodge et Bangkok.

Amanda ABBENHUIS quelle bonne humeur, c'est toujours un plaisir de te voir.

A la famille AMYOT qui s'est bien agrandie depuis votre départ de St Cyr. **Jean & Dominique AMYOT**, **Vianney & Olivia AMYOT**, **Elodie & Anthony BARBIER**. Merci pour votre accueil il y a maintenant 5 ans. J'ai eu beaucoup de plaisir à vous retrouver après toutes ces années.

Emmanuelle SEROR, on se voit moins mais j'ai toujours beaucoup apprécié ta compagnie.

Bastien OLIVERI, merci de m'avoir recueilli après chaque passage à IKEA Marseille, et de m'avoir fait passé d'agréables moments quand je n'en pouvais plus de mes travaux.

Erika HUGUES, Victoria CONTENSON, à quand la prochaine soirée au Garden ?

Audrey LAMMENS, merci de m'accueillir à chaque garde à Cagnes. Merci pour ta bonne humeur.

Sébastien CUZZUCOLI, toujours motivé jusqu'à la dernière heure et maintenant amoureux et plus calme, je suis très heureuse pour toi. On se croiera bientôt en Thaïlande.

Nicolas GAUTHIER, la cerise sur le gâteau Grec, je ne pouvais pas espérer une meilleure fin de séjour. Toi à Stuttgart, moi à St Cyr, tu as égaillé mes dernières soirées à rédiger cette thèse, en me faisant tellement rire que j'en avais mal à mes côtes cassées ! J'espère que nos chemins se recroiseront très bientôt...

À ceux que je n'ai pas cité, toutes mes excuses.

CITATIONS

« Les nouvelles idées vivent trois stades : elles sont d'abord moquées, puis combattues, et enfin considérées comme évidentes ».

Arthur SCHOPENHAUER.
Philosophe allemand.

« La vitesse de diffusion d'une innovation dépend moins de son domaine que du nombre et de l'influence des gens qui l'adoptent en premier. Elle varie aussi beaucoup en fonction de sa compatibilité avec la culture dominante à un moment donné, dans un pays donné ou un groupe donné ».

Everett Mitchell ROGERS.
Sociologue et statisticien américain.

"Le but de la recherche de méthode n'est pas de trouver un principe unitaire de toute connaissance, mais d'indiquer les émergence d'une pensée complexe, qui ne se réduit ni à la science, ni à la philosophie, mais qui permet leur intercommunication en opérant des boucles dialogiques."

La Pensée complexe.
Edgar MORIN.
Sociologue et philosophe français.

« Selon les techniques habituelles de constitution d'un échantillon qualitatif, ce n'est pas la représentativité de la population dans son ensemble qui a été recherchée mais plutôt une diversification. Il s'agit avant tout de ne pas laisser de côté des cas de figure significatifs sociologiquement, même si certaines configurations sociales peuvent ne pas être présentes ».

L'approche biographique : sa validité méthodologique, ses potentialités.

Daniel BERTAUX.
Sociologue français, directeur de recherche au CNRS.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDEDECINE DE NICE	2
REMERCIEMENTS	7
CITATIONS	17
INTRODUCTION	21
RAPPELS	23
A. L'historique et la législation	23
B. L'épidémiologie	26
1) Au niveau national	26
2) Au niveau régional	27
C. Les modalités de l'IVG médicamenteuse en ville	29
1) La pharmacologie et les protocoles d'utilisation des médicaments	29
a) La mifépristone Mifégyne® anciennement appelée RU 486	29
b) Le misoprostol Gymiso®, Cytotec®	29
2) Les critères de choix de la méthode médicamenteuse	30
a) Les critères de choix entre la méthode médicale et chirurgicale	30
b) Les critères d'inclusion à l'IVG médicamenteuse	31
3) Les difficultés au diagnostic précoce des grossesses normales et pathologiques ..	32
4) Les effets secondaires et complications de l'avortement médicamenteux	32
5) Le contrôle de l'efficacité de l'avortement médicamenteux	32
6) La contraception	33
7) Les acteurs du réseau ville / hôpital	33
a) Le centre hospitalier	33
b) Le médecin de ville	34
8) Le déroulement de l'IVG	35
a) Consultation 0 : la patiente envisage une IVG	35
b) Consultation 1 : la confirmation de demande d'IVG	35
c) Consultation 2 : la prise de Mifégyne	35
d) Consultation 3 : la prise de misoprostol	36
e) Consultation 4 : la visite de contrôle	36
MATERIELS ET MÉTHODES	37
A. La recherche qualitative	37
B. L'échantillon	37
C. Le recueil de données	38
D. Le guide d'entretien	39
E. Le déroulement de l'entretien	40
F. La retranscription et analyse des données	40

G. La saturation des données	40
RÉSULTATS	41
A. Les résultats quantitatifs	42
1) L'échantillon	41
2) Les caractéristiques de l'échantillon	42
a) L'âge	42
b) L'activité professionnelle	43
c) La situation familiale	43
d) Le nombre d'enfants	44
e) Le nombre d'IVG antérieures	44
f) Le domicile	44
g) Le lieu de l'intervention	44
h) Le délai d'obtention du rendez-vous avec le professionnel réalisant l'IVG	45
B. Les résultats qualitatifs	46
1) La recherche d'informations sur l'IVG	46
a) L'avis de l'entourage	46
b) Le type d'information et le support	46
c) Où et à qui s'adresser pour réaliser une IVG ?	47
2) La prise en charge initiale	48
a) Le contact avec le secrétariat	48
b) Le contact avec le professionnel	49
c) Le choix de la méthode et conseils sur ce choix	51
3) Le suivi médico-psychologique	52
a) Les difficultés psychologiques	52
b) L'échec de la procédure	53
c) Le suivi post IVG et la contraception	54
4) L'avis des femmes sur leur prise en charge	55
a) Les facteurs favorisants	55
b) Les facteurs limitants	56
5) La connaissance du réseau ville – hôpital	59
6) Les suggestions pour améliorer le parcours	61
a) En terme de communication	61
b) En terme de support d'information : mode de diffusion d'une liste de médecins généralistes	62
DISCUSSION	65
A. À propos de la méthode	65
1) L'enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés	65
2) L'échantillon	66
3) La retranscription et l'analyse des données	66
B. À propos des résultats quantitatifs	66
1) L'échantillon	66
2) Les caractéristiques de l'échantillon	67

a) L'âge	67
b) L'activité professionnelle	67
c) La situation familiale	67
d) Le nombre d'enfants	67
e) Le nombre d'IVG antérieures	68
f) La distance du domicile	68
g) Le lieu de l'intervention	68
h) Le délai d'obtention du rendez-vous avec le professionnel réalisant l'IVG..	68
C. À propos des résultats qualitatifs	69
1) Les difficultés rencontrées par les femmes	69
a) Lors de la recherche d'informations sur l'IVG	69
b) Lors de la prise du premier RDV: délai et contact avec le secrétariat	73
c) Lors du contact avec le professionnel pour l'aide au choix de la méthode..	73
d) Concernant la prise en charge psychologique	76
e) Concernant le post-IVG et les échecs d'IVG médicamenteuse	78
f) Concernant la prescription de contraception	79
2) Les propositions des femmes pour améliorer l'accès à l'IVG médicamenteuse	
en ville	82
a) La connaissance du réseau ville – hôpital	82
b) Ce que nous apprend la littérature.....	83
c) Les attentes des femmes au cours de l'entretien	84
d) Les souhaits des femmes après avoir été informées de l'existence	
d'un réseau.....	85
D. Nos propositions pour améliorer l'accès à l'IVG	86
CONCLUSION	87
BIBLIOGRAPHIE	89
ANNEXES	94
Annexe 1 – Le consentement éclairé	94
Annexe 2 - La fiche de liaison	95
Annexe 3 – La notice d'information	97
Annexe 4 - La convention entre le CH de Cannes et le médecin de ville	99
Annexe 5 – L'IVG et la culture musulmane : le cas d'une femme	101
SERMENT D'HIPPOCRATE	108
RÉSUMÉ	109

INTRODUCTION

En France, l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) a été autorisée par la loi du 17 janvier 1975 dite Loi Simone Veil (1). La loi du 4 juillet 2001 (2) et ses textes d'applications de juillet 2004 autorisent la pratique de l'IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville à certaines patientes enceintes de moins de 7 SA (Semaines d'Aménorrhée).

Ceci représente une véritable révolution dans la pratique des avortements puisque d'une part, l'interruption de grossesse peut se faire hors établissement de santé, et d'autre part, elle pourra être prise en charge par le médecin habituel de la femme si celui-ci a signé une convention avec un centre hospitalier.

Ces nouvelles dispositions impliquent à terme, une majorité de médecins dans la résolution de ce problème de santé que représente l'interruption de grossesse. Ces mesures impliquent pour le médecin de s'informer et de se former à une technique de l'avortement médicamenteux et pour les centres d'interruption de grossesse un devoir d'enseignement et de traitement des complications, d'où la création des 1^{ers} réseaux ville-hôpital.

Malgré une couverture contraceptive élevée en France, le nombre d'IVG reste stable depuis 2006 et particulièrement élevé en région PACA. L'augmentation du nombre d'IVG médicamenteuses en ville a été parallèle à une baisse du nombre des IVG réalisées en établissement hospitalier : ce sont les IVG chirurgicales qui diminuent alors que le nombre d'IVG médicamenteuses en établissement est resté constant. Les IVG médicamenteuses représentaient 49% de l'ensemble des IVG en 2007 et 55% en 2011 (3). Pourtant, la part des IVG médicamenteuses réalisée par les médecins généralistes reste relativement faible alors que la loi leur permet de réaliser cet acte depuis 2001.

Dans le département des Alpes-Maritimes, on compte déjà un réseau à Grasse et à Nice. Dans ce contexte, nous avons décidé de créer un réseau à Cannes et ses alentours afin d'élargir l'offre de soins. Un an et demi après la création du réseau, très peu des médecins généralistes formés et conventionnés avec le CH de Cannes ont réalisés des IVG médicamenteuses.

Si la loi existe depuis 13 ans, pourquoi si peu de patientes se dirigent-elles vers leur médecin généraliste pour pratiquer leur IVG? Une ébauche de réponse a été apportée par

l'analyse des résultats du réseau à un an et demi: les médecins généralistes pratiquent peu d'IVG car ils n'ont pas de demande de la part des patientes. La loi de l'offre et de la demande n'était-elle donc pas en adéquation ou le problème était-il ailleurs ? En réalité, l'offre et la demande sont bien présentes. Les femmes ne seraient-elles pas au courant de cette offre de soins proposée par les médecins généralistes ? Nous avons donc cherché à connaître le parcours de femmes devant une grossesse non désirée afin de comprendre pourquoi elles sont si peu à demander une IVG à leur médecin généraliste alors que la loi l'autorise depuis 2001.

L'objectif principal de notre travail était de définir les difficultés rencontrées par les femmes demandeuses d'IVG dans le secteur cannois, notamment l'IVG pratiquée par les médecins généralistes. L'objectif secondaire était, à partir de l'avis de ces femmes, de proposer des solutions pour faciliter cette orientation vers la médecine de ville.

RAPPELS

A. L'historique et la législation

En France, l'avortement a longtemps été pénalisé, passible des travaux forcés à perpétuité, voire de la peine de mort. Marie-Louise Giraud, dite « la faiseuse d'anges », avorteuse pendant la guerre, a ainsi été guillotinée le 30 juillet 1943. Au delà de ce cas extrême, de nombreux procès se sont tenus autour d'actes d'avortement. En 1972, le procès de Bobigny qui vise une jeune fille enceinte à la suite d'un viol et les personnes qui l'ont assistée dans son avortement, aura un grand retentissement médiatique.

Lancée par la mobilisation de nombreux milieux associatifs de gauche dont on peut retenir le Manifeste des 343 (4) et sous l'impulsion du Président Valéry Giscard d'Estaing, la loi du 17 janvier 1975 relative à l'IVG dite Veil est adoptée grâce à la presque totalité des votes des députés des partis de gauche et du centre, malgré l'opposition de nombreux députés de la droite. Impulsée par Simone Veil, ministre de la Santé du gouvernement Chirac, cette loi complète alors la loi Neuwirth (5), qui légalisait la contraception à partir de 1972 (date des premiers décrets d'application alors qu'elle avait été votée en 1967). Elle autorisa temporairement les IVG. Elle sera reconduite par la loi Pelletier du 31 décembre 1979 (6), et définitivement légalisé par la loi Roudy du 31 décembre 1982 (7).

La mifépristone est mise au point en 1980 sous le nom de « RU 486 » par les Docteurs SAKIS et BEAULIEU dans le cadre des laboratoires ROUSSEL-UCLAF. La première expérimentation d'interruption de grossesse médicamenteuse a eu lieu à l'hôpital cantonal de Genève en 1982, puis dans d'autres hôpitaux dont des services d'interruption de grossesse français. Ces études ont permis d'établir la dose et l'innocuité du RU 486, et, la méthode. En 1987, les associations anti-IVG se mobilisent contre le RU 486 et menacent la firme HOECHST, actionnaire majoritaire de ROUSSEL-UCLAF, de boycott. En octobre 1988, ROUSSEL-UCLAF décide de suspendre le développement du RU 486. Le ministre de la santé français, M. Claude EVIN, ordonne alors la reprise de la distribution du produit, déclarant « le RU 486 est aussi la propriété morale des femmes ».

L'AMM est obtenue en France en décembre 1988, le produit est réservé aux établissements de santé pratiquant des IVG, utilisé en association avec une prostaglandine injectable, la sulprostone. En 1991, la mifépristone obtient l'AMM en Grande Bretagne et en Suède en association avec le Géméprost®, prostaglandine administrée par voie vaginale. En

1992, l'AMM est donnée pour l'association de la mifépristone et du misoprostol (Cytotec®), prostaglandine active par voie orale et mieux tolérée.

En 1993, la firme HOECHST menacée par les associations anti-IVG, entreprend d'arrêter la commercialisation de la mifépristone, et en 1997 la firme HOECHST transfère au Dr SAKIS les droits de propriétés industrielles sur la mifépristone (à l'exception des Etats-Unis, où les droits ont été confiés en 1994, au Population Council). Le laboratoire EXELGYNE (groupe NORDIC PHARMA) est créé pour assurer la commercialisation du RU 486 sous le nom de Mifégyne® et la poursuite des activités de recherche.

A partir de 1999, la mifépristone obtient l'AMM dans plusieurs pays : Afrique du Sud, Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Israël, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Russie et Républiques de l'ex URSS, Suisse, Taïwan et Tunisie.

En France, la loi **n°2001-588 du 4 juillet 2001** (2), relative à l'IVG et à la contraception publiée au J.O n°156 du 7 juillet 2001, modifie la loi sur l'interruption de grossesse autorisant la réalisation de celle-ci, par voie médicamenteuse en dehors des établissements de santé :

-L'IVG médicamenteuse peut être réalisée par des médecins de ville dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien et un établissement hospitalier, dans les conditions fixées par décret en conseil d'état.

- La femme enceinte que sa grossesse place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la 12^e semaine de grossesse, soit la 14^e semaine d'aménorrhée.

- La semaine de réflexion est maintenue. La clause d'urgence est possible mais elle ne s'applique pas à l'IVG médicamenteuse.

- L'entretien social n'est plus obligatoire sauf pour les mineurs.

- IVG possible chez les mineures sans accord des parents.

Cette loi sera complétée par les décrets d'application de mai 2002, de juillet 2004 et par la circulaire d'application de novembre 2004 :

L'avortement par la médecine ambulatoire se fait « *dans le cadre d'une convention entre le praticien et un établissement de santé public ou privé dans les conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat* ».

Décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 (8) publié au J.O du 5 mai 2002, articles R. 2212-9 à R. 2212-19 du CSP :

- Il détermine la qualification du médecin : qualification professionnelle « adaptée » soit par un diplôme universitaire de gynécologie médicale ou de gynécologie obstétrique, soit par la pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé attesté par le directeur de l'établissement.

- Il oblige à une information orale et écrite sur les modalités de l'avortement et les risques.

- Il propose une convention type à signer entre le médecin et l'établissement de santé.

Décret n°2004-636 du 1^{er} juillet 2004 (9) relatif aux conditions de réalisation des IVG hors établissements de santé et modifiant le code de santé publique (deuxième partie : partie Réglementaire) publié au J.O du 2 juillet 2004 texte 27 sur 116 :

- Les IVG par voie médicamenteuse sont exclusivement réalisées jusqu'à la fin de la 5^e semaine de grossesse, conformément aux recommandations de l'ANAES.

- L'approvisionnement en médicaments se fera en pharmacie d'officine (article R5194 du CSP) avec une ordonnance précisant l'usage professionnel et le nom de l'établissement de santé avec lequel la convention a été passée et la date de sa signature.

- La visite de contrôle devra avoir lieu entre le 14^e jour et le 21^e jour après l'IVG.

Circulaire N° DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004 (10) relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse en ville et en établissement de santé :

- Cette circulaire rappelle les termes des décrets et arrêtés précédents.

- Elle précise également les relations entre les médecins de ville et le centre référent, les modalités d'évaluation de la pratique de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé, et la lettre clé permettant la codification du forfait IVG.

En novembre 2004, le 1^{er} réseau de santé ville-hôpital intervenant en France dans le domaine de l'IVG médicamenteuse a été créé sous le nom de REVHO (Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie). Il permet aux femmes d'avoir recours à une IVG médicamenteuse avec leur médecin de ville, et donc en dehors d'un établissement de santé, sur toute l'Ile-de-France. Il est financé conjointement par l'ARH et l'URCAM d'Ile-de-France sur des fonds publics exclusivement.

B. L'épidémiologie

1) Au niveau national

222 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France métropolitaine en 2011. Ce nombre est stable depuis 2006, après une dizaine d'années de hausse entre 1995 et 2006. Le taux de recours en 2011 est, en moyenne, de 14,6 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Il demeure le plus élevé chez les femmes âgées de 20 à 24 ans (27 pour 1 000).

91% des françaises sexuellement actives, âgées de 15 à 49 ans, employaient une méthode contraceptive en 2010 selon le Baromètre Santé de l'INPES. D'après l'enquête de la DREES en 2007, 2 femmes sur 3 qui ont eu une IVG, utilisaient une méthode contraceptive qui a échoué, oubli de la pilule ou accident de préservatif, bien que les femmes connaissent de mieux en mieux la contraception d'urgence et l'utilisent de plus en plus depuis juin 1999, date à laquelle, elle est devenue accessible en pharmacie sans prescription médicale.

Les écarts régionaux perdurent, avec des taux plus élevés qu'ailleurs dans les départements d'outre-mer (DOM), en île-de-France et dans le sud de la France. On compte 21 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en PACA contre 11 pour 1000 dans les pays de la Loire.

En 2011, la part des IVG médicamenteuses continue d'augmenter, pour atteindre, en Métropole, 48% des IVG réalisées en établissements de santé et 55 % de l'ensemble des IVG. L'augmentation progressive du nombre des IVG médicamenteuses en ville ainsi qu'en centres de santé et centres de planification ou d'éducation familiale (CEPF) depuis mai 2009 s'est accompagnée d'une baisse du nombre des IVG chirurgicales réalisées en établissements hospitaliers, alors que le nombre des IVG médicamenteuses en établissements de santé est stable depuis 2005. Par ailleurs, 13 % des IVG sont réalisées en cabinet libéral, et seulement 1 % en centres de santé et en CEPF, comme cela est autorisé depuis mai 2009. (3)

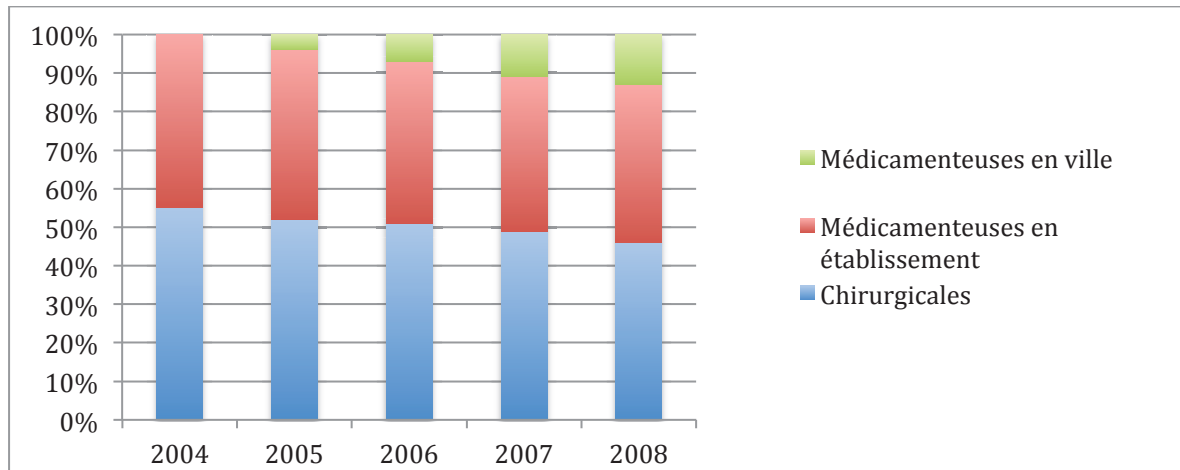
2) Au niveau régional (11)

La région PACA est la région qui a le plus fort taux de recours à IVG des régions de France métropolitaine. En 2011, ce taux est de 21 pour 1 000 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) contre 14,6 pour la Métropole. Le nombre d'IVG est estimé à 20 930 en région PACA. Ces interventions comprennent 14 320 interruptions volontaires réalisées en centre hospitalier public, 4 130 en clinique, 1 460 réalisées par les gynécologues en cabinet de ville et 1 020 par les généralistes et centres de santé. (12)

	NOMBRE D'IVG		
	En établissement	En ville	Total
Alpes Maritimes en 2011	3 690	950	4 640
Alpes Maritimes en 2008	4 045	1 234	5 279
Région PACA en 2011	18 450	2 480	20 930
Région PACA en 2008	20 194	3 083	23 277
Région PACA en 2007	20 317	2 600	22 919
France métropolitaine en 2007	195 097	18 273	213 370

Depuis 2000, le nombre d'IVG par mode médicamenteux ne cesse de progresser, passant de 30 % de l'ensemble des IVG pratiquées dans la région en 2000 à 54 % en 2008. Ces IVG médicamenteuses se sont d'abord développées au sein des établissements puis, à compter de juillet 2004, en ville, où elles sont prises en charge par des médecins libéraux ayant signé une convention avec un établissement de santé. En 2008, 25 % des IVG par mode médicamenteux sont réalisées par un médecin de ville (gynécologue, obstétricien ou généraliste). Ainsi, la structure de l'offre en matière d'IVG évolue et si le nombre total se stabilise depuis 2004, les IVG prises en charge par des médecins libéraux à leur cabinet augmentent (13% en 2008) et compensent la baisse continue des IVG en établissements de santé depuis 2005.

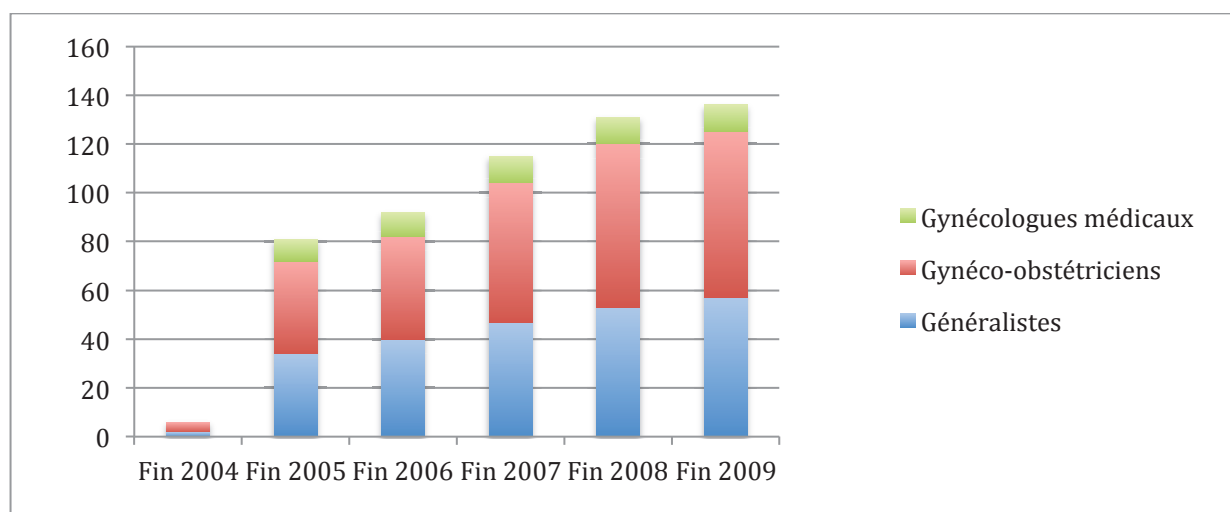
Répartition des IVG selon la technique utilisée entre 2004 et 2008 :



Source : DRASS, SAE 2004 à 2008 – CNAMTS, Erasme 2006 à 2008

En revanche, 63 % des établissements privés sont des structures chirurgicales exclusives. Ces derniers prennent en charge près de 11 % des IVG de la région soit l'équivalent de 2 200 IVG par an. Cette activité est essentiellement réalisée dans les départements des Alpes-Maritimes et des Bouches-du-Rhône. Fin 2009, 136 médecins libéraux ont passé une convention avec un établissement de santé de la région pour pouvoir pratiquer à leur cabinet des IVG. Parmi eux, 50 % sont des gynécologues obstétriciens et 8 % des gynécologues médicaux. Les autres (42 %) sont des médecins généralistes. Le nombre de conventions a progressé rapidement depuis 2004 et se stabilise depuis 2008. Le département des Alpes-Maritimes représente à lui seul 42 % des conventions de la région. (13)

Nombre de médecins libéraux pratiquant des IVG conventionnés avec un établissement depuis 2004 :



Source : DRASS, service IRS

C. Les modalités de l'IVG médicamenteuse en ville

1) La pharmacologie et les protocoles d'utilisation des médicaments

Un avortement médicamenteux est une interruption de grossesse induite par l'administration de deux médicaments à 48h d'intervalle, suivant un protocole standardisé (14) (15) (16) (17) (18) consistant à provoquer une fausse couche avant 7 semaines d'aménorrhées (ou 5 semaines de grossesse) et ne nécessitant pas de geste chirurgical. C'est une alternative à la méthode chirurgicale pour les femmes choisissant d'interrompre une grossesse.

a) La mifépristone Mifégyne® anciennement appelée RU 486

C'est un stéroïde de synthèse, dérivé de la progestérone ayant des propriétés antiprogéstérone. Elle agit comme une antihormone en se fixant sur les récepteurs de la progestérone grâce à une affinité pour les récepteurs à la progestérone 5 fois supérieure. Elle a aussi une action antiglucocorticoïde faible et n'a pas d'affinité pour les récepteurs des estrogènes et des minéralocorticoïdes.

La progestérone est indispensable au développement et au maintien initial de la grossesse. Elle inhibe la contractilité au niveau du myomètre et la sécrétion des prostaglandines au niveau de l'endomètre, enfin elle maintient le col fermé. Le blocage des récepteurs par la mifépristone provoque, par action directe, un décollement de l'endomètre par nécrose déciduale péri-ovulaire, empêchant la nidation du blastocyte ; augmente la contractilité du myomètre provoquant l'expulsion de l'œuf, par effet propre de la mifépristone et par augmentation de la synthèse des prostaglandines dans l'endomètre ; et ouvre et ramollit le col utérin.

La mifépristone seule provoque 80 % d'avortement. Ses contre-indications sont peu nombreuses : insuffisance surrénale chronique, corticothérapie au long cours, porphyrie (anémie), allergie à la progestérone (19) (20) (21) (22).

b) Le misoprostol Gymiso®, Cytotec®

Les prostaglandines ont une puissante action sur la contraction utérine et intestinale. Le misoprostol est un analogue des prostaglandines, aux effets plus spécifiques sur le tractus génital que les prostaglandines naturelles avec moins d'effets secondaires, plus stables et donc plus sûrs, ce qui a permis son utilisation dans les interruptions de grossesse du 1^{er} trimestre. Il provoque des contractions du myomètre ce qui accélère l'expulsion de l'œuf.

Par ailleurs, la mifépristone potentialise l'action de faible dose de prostaglandines sur la contractilité du myomètre.

Il possède l'AMM pour les interruptions de grossesse médicamenteuse. Ses contre-indications sont l'asthme grave non équilibré, les convulsions, les allergies aux prostaglandines. Les effets indésirables, liés à son action sur le tube digestif (nausées, vomissements, diarrhées) sont très atténués avec l'usage du misoprostol. Ils dépendent de la dose et de la durée du traitement, enfin une fièvre à 38°C peut apparaître (23) (22).

2) Les critères de choix de la méthode médicamenteuse

a) Les critères de choix entre la méthode médicale et chirurgicale

IVG médicamenteuse	IVG chirurgicale
Non invasif	Technique invasive (instruments dans l'utérus)
Evite l'anesthésie	Anesthésie locale ou générale
Durée de l'évacuation : va de quelques heures à quelques jours	Durée de l'évacuation rapide
Jusqu'à 7 SA en ville et 9SA à l'hôpital	Jusqu'à 14 SA
Succès 95%	Succès +++ (99%)
Complications sévères rares	Complications sévères rares incluant plaie du col et de l'utérus
Durée du saignement 10 – 15 jours	Durée du saignement 10 à 15 jours
Douleurs ++	Douleurs+
Suivi +++	Suivi +
La patiente a un meilleur contrôle	Le praticien a un meilleur contrôle

(24) (25) (26) (27)

b) Les critères d'inclusion à l'IVG médicamenteuse

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Terme < 49 jours d'aménorrhée	Terme > 49 jours d'aménorrhée
<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation d'AINS possible: bien que les AINS bloquent la synthèse d'une enzyme responsable de la synthèse de la prostaglandine, ils ne bloquent pas les effets d'un analogue de la prostaglandine exogène. Ils n'interfèrent donc pas avec l'action du misoprostol et peuvent être prescrits. - Allaitement possible: passage très faible dans le lait, recommandation (CRAT) 	CI à la méthode : grossesse ectopique confirmée ou suspectée, troubles hémorragiques ou traitement anticoagulant, anémie profonde Hb < 9g/dL, grossesse sur DIU si l'ablation du DIU est impossible, insuffisance rénale ou hépatique sévère
Souhait de la patiente	CI aux médicaments
IVG chirurgicale peu recommandée (malformations utérines)	Vomissements importants
Bonne compréhension des explications	Patiente ne comprenant pas les explications fournies
Acceptation des contraintes de la méthode	Ambivalence, besoin de temps
Trajet entre domicile et centre hospitalier < 1heure	Trajet entre domicile et centre hospitalier ≥ 1heure
	Fragilité psychologique
	Besoin d'une prise en charge sociale
Besoin de confidentialité	Besoin de confidentialité
Logement avec toilettes et téléphone	Patiente isolée ou sans hébergement
	Charge familiale importante (enfants)
Accompagnée au domicile le jour de prise du misoprostol	Impossibilité d'une visite de contrôle (voyage)
(28) (29) (30)	Mineure isolée sans autorisation parentale (à voir au cas par cas)

3) Les difficultés au diagnostic précoce des grossesses normales et pathologiques

Trois signes peuvent évoquer à la femme une grossesse : l'aménorrhée, les signes sympathiques de grossesse, l'augmentation du volume utérin. Les signes cliniques sont très spécifiques (94%) mais la sensibilité est mauvaise (18%).

La datation de la grossesse s'obtient par l'interrogatoire et la clinique : date des dernières règles, date du rapport fécondant, test urinaire de grossesse positif, concordance avec l'évaluation du volume utérin au toucher vaginal (31); le dosage des β HCG plasmatiques (32) ; et l'échographie : la localisation intra-utérine, le terme +/- 3 jours et la viabilité. (33).

Le médecin doit reconnaître les grossesses anormales : la grossesse arrêtée (34), la grossesse extra-utérine (35) (36), la môle hydatiforme (37).

4) Les effets secondaires et complications de l'avortement médicamenteux

Il est indispensable de donner une information la plus complète possible aux patientes sur les effets secondaires et les complications de la méthode. Ils peuvent être d'intensité très variable selon chaque patiente et il n'existe pas d'indicateurs prédictifs fiables (38). Le médecin doit prévoir une prescription adaptée afin de les prévenir ou tout du moins les atténuer, et il doit être facilement joignable par la patiente.

Il est donc important que la patiente ait compris à partir de quand il est nécessaire de contacter le médecin ou les urgences pour ne pas passer à côté des rares complications que sont l'hémorragie(39) ou l'infection (40) (41). Les saignements et les douleurs (42) sont les motifs les plus fréquents d'appels et de demandes de consultation. Viennent ensuite les troubles gastro-intestinaux, la fièvre, les malaises et les céphalées. Les échecs de la méthode sont soit une grossesse évolutive (43) (44) et la rétention après 15 jours.

5) Le contrôle de l'efficacité de l'avortement médicamenteux

Il y a échec de l'avortement médicamenteux quand une évacuation chirurgicale doit être faite (45). Le médecin contrôle l'efficacité de l'avortement par l'interrogatoire: disparition ou nette atténuation des saignements, disparition des signes sympathiques de grossesse ; et l'examen clinique : involution utérine. Mais ils ne permettent qu'une présomption sans certitude de l'efficacité de l'avortement. Il est donc nécessaire de réaliser un suivi par le dosage des β HCG. En cas d'absence de saignements ou de saignements minimes par rapport à ceux attendus, de persistance de saignements abondants, de défaut d'involution utérine, de douleurs pelviennes confirmées au toucher vaginal, de décroissance

insuffisante du taux de β HCG entre J1 et J14 (46), une échographie (47) pourra être réalisée mais les symptômes cliniques restent le critère déterminant pour décider d'une aspiration chirurgicale. (48)

6) La contraception

Le médecin doit délivrer une information sur la contraception, adaptée à la situation de la femme d'après le décret 2004-639 du 1^{er} juillet 2004. Il doit aborder le mode de contraception ultérieure et éventuellement le prescrire dès la 1^{ère} visite selon les recommandations ANAES de décembre 2004 (49). Il peut aussi remettre la prescription à la prochaine consultation pour lui laisser un temps de réflexion.

Son rôle consiste en renforcer l'approche préventive (50), comprendre les raisons de l'échec de la contraception actuelle ou son absence, privilégier les modalités les plus efficaces, diversifier la couverture contraceptive, l'adapter aux besoins et modes de vie des utilisatrices, promouvoir des méthodes moins contraignantes en termes d'observance que la pilule, anticiper et mieux gérer par la contraception d'urgence les inévitables accidents de parcours contraceptifs.

Le jour de la prise de mifépristone, le médecin doit sensibiliser la femme au risque de fertilité immédiate après IVG. Il prescrit une contraception si cela n'a pas été fait en pré-IVG. En post-IVG, il doit vérifier que la contraception a été débutée comme prévu, qu'elle est utilisée correctement, qu'elle est bien tolérée et que la femme y adhère. Il organise le suivi contraceptif.

7) Les acteurs du réseau ville / hôpital (10) (51) (52)

a) Le centre hospitalier

Le directeur de l'établissement hospitalier de référence atteste que les gynécologues, les gynéco-obstétriciens ayant une pratique régulière des IVG médicamenteuses ou les médecins généralistes ayant reçu une formation théorique et pratique peuvent pratiquer les IVG médicamenteuses dans le cadre d'une convention (annexe 4) que les deux parties doivent signer.

Le centre hospitalier de référence s'engage à signer les conventions entre les médecins libéraux, le directeur du CH de Cannes, et le chef de service de gynécologie-obstétrique, à adresser les conventions signées à l'ARS et à récupérer les bulletins statistiques et les adresser à l'ARS. Il s'engage aussi à avoir, dans le service de gynécologie, un secrétariat proposant aux patientes les différents types de prise en charge (hospitalière

ou en ville) et donc à rendre disponible la liste des médecins généralistes pratiquant les IVG, à recevoir les fiches de liaison sur un fax dédié aux IVG dans un bureau médical fermé pour assurer la confidentialité des données, à mobiliser l'équipe soignante autour du sujet, à organiser le cheminement de la patiente en cas d'échecs ou de complications 24h/24 (entrée via les urgences la nuit). Enfin, il s'engage à répondre à la demande d'information des médecins, autour de l'IVG médicamenteuse (numéro de téléphone du gynécologue de garde joignable 24h/24) et à réaliser des séances de formation (théorique et pratique) et de réactualisation des connaissances annuelles.

b) Le médecin de ville

Le médecin de ville prend contact avec le responsable de l'établissement pratiquant les IVG. Il peut solliciter et signer avec plusieurs centres. S'il est généraliste sans expérience de l'IVG, un stage théorique et pratique est nécessaire. Ce stage est organisé par l'établissement. Le médecin signe alors une Convention (annexe 4) avec le ou les centres hospitaliers de référence. Il en envoie un exemplaire au Conseil départemental de l'Ordre des médecins, au Conseil régional de l'ordre des médecins et pharmaciens, à la CPAM. Il prévient son assurance professionnelle, mais cela n'entraîne pas de surcoût en terme d'assurance.

Il rédige l'ordonnance pour se procurer les médicaments, sur celle-ci doit être mentionné « à usage professionnel » et indiqué la date de signature de la convention et le nom du centre hospitalier de référence. Les médicaments ne sont pas déductibles car remboursés par le forfait et non fiscalisés. Il prévoit un paramétrage FMV-FHV avec son fournisseur de logiciel de télétransmission.

Il se procure les documents nécessaires : notice d'information (annexe 3), fiche de liaison (annexe 2), bulletin statistique et dossier guide. Il crée une pochette avec les documents pré-préparés : les documents précédents, ordonnance type, consignes pour la prise des rendez-vous.

Le médecin de ville s'engage à informer les femmes sur les méthodes possibles d'IVG et leurs complications, sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles, à proposer une rencontre avec un psychologue (non obligatoire sauf pour les mineures), à répondre à la demande de la patiente et aux appels téléphoniques dans la mesure du possible, à envoyer la déclaration statistique anonymisée au centre hospitalier, à participer aux séances de formation et de réactualisation des connaissances organisées par le centre et s'engage à avoir une liste de correspondants (conseillères conjugales, psychologues, échographistes...) (30).

8) Le déroulement de l'IVG

a) Consultation 0 : la patiente envisage une IVG

Elle peut être faite par un autre médecin que celui qui va faire l'IVG. Elle n'entre pas dans le forfait IVG. Le médecin laisse la femme exprimer les conditions de survenue de la grossesse non prévue et ce qui motive cette décision, si elle souhaite en parler. Si la décision ne semble pas vraiment posée ou si la demande est exprimée de façon très pressante, savoir prendre le temps. Le médecin informe des différentes méthodes d'IVG et remet à la patiente un dossier guide (à obtenir auprès de l'ARS). Il propose systématiquement un entretien psycho-social (obligatoire pour les mineurs). Il prescrit une échographie pour vérifier la localisation et le terme de la grossesse. Il vérifie ou prescrit le groupe sanguin-rhésus et les B-HCG quantitatifs. Si la patiente est Rhésus négatif, il anticipe la prescription de sérum anti-D, Rophylac 200mg. Les examens biologiques et l'échographie ne sont pas inclus dans le forfait. Il s'assure de l'absence de contre indications par l'interrogatoire et l'examen clinique et gynécologique. Il remet à la patiente un certificat de demande d'IVG correspondant au début du délai de 7 jours de réflexion. Enfin, il remet à la patiente la notice d'information sur l'IVG médicamenteuse dans le cadre du réseau ville hôpital (annexe 3).

b) Consultation 1 : la confirmation de demande d'IVG

Après la semaine de réflexion, le médecin confirme le terme, la localisation de la grossesse et l'absence de contre-indications. Il vérifie le Rhésus et, s'il est négatif, prescrit le Rophylac 200mg si cela n'a pas déjà été fait. Il fait signer et conserve le consentement écrit (annexe 1). Il remplit la notice d'information (annexe 3) et programme avec la patiente les dates de prise de médicaments et de consultations. Enfin, il prévoit un arrêt de travail, au moins pour le jour de prise du misoprostol.

c) Consultation 2 : la prise de Mifégyne

Cette consultation peut être très proche de la précédente. Le médecin donne la Mifégyne qui sera prise devant lui. Il insiste sur les situations qui nécessitent d'aller aux urgences et rappelle les numéros de téléphone à contacter en cas d'urgence. Il fait l'injection de Rophylac IM si besoin. Il prescrit antalgiques, contraception, dosage des B-HCG quantitatifs ou échographie, en précisant quand et comment prendre les antalgiques et quand débiter la contraception. Il remplit la fiche de liaison (annexe 2), remet un exemplaire à la femme et la transmet au centre (fax dédié). La femme doit conserver cette fiche, sa notice d'information et son échographie et les garder accessibles en cas de consultation aux urgences. Le médecin rappelle la date du rendez-vous de contrôle et il facture le forfait de 191,74€ (aucun dépassement d'honoraire n'est autorisé).

Ce forfait comprend les 4 consultations prévues par le décret (FHV : 100€) et les médicaments achetés par le médecin (FMV : 91,74€). Sur la feuille de soin ou lors de la télétransmission, il faut coder « FHV/FMV ». Le remboursement par la CPAM se fixe à hauteur de 70% du forfait, CMU et AME possibles. Enfin, dans le cadre de l'avortement ambulatoire des patientes mineures non émancipées, le médecin transmet une feuille de maladie anonyme à la CPAM du département où est implanté l'établissement avec lequel il a passé une convention (s'enquérir du numéro à inscrire auprès de la CPAM à chaque département). La Caisse d'Assurance-Maladie verse au médecin le montant du « forfait IVG ». Mêmes modalités pour les actes biologiques, échographiques et la 1^{ère} consultation.

d) Consultation 3 : la prise du misoprostol

Cette consultation, 48 heures après la précédente, était prévue pour la prise de misoprostol, rappeler les modalités de prise des antalgiques, les consignes en cas d'effets indésirables ou de complications, et les modalités de prise de la contraception. Suite aux nouvelles recommandations publiées par l'HAS en décembre 2010, cette consultation n'est plus obligatoire et la patiente est autorisée à prendre le misoprostol à domicile sous réserve qu'elle soit à moins de 7 SA et puisse rejoindre un établissement de santé en une heure (17) (47).

e) Consultation 4 : la visite de contrôle

Cette consultation permet de s'assurer de l'efficacité de la méthode et de revoir la contraception. Elle a lieu 15 à 20 jours plus tard. Le médecin vérifie l'efficacité de la procédure par un contrôle clinique, biologique (décroissance des B-HCG) ou échographique, laissé à l'appréciation du praticien. En cas d'échec ou de doute, il oriente la patiente vers le centre hospitalier de référence. Il vérifie l'absence de complications, la bonne tolérance d'une contraception déjà débutée. Il pose le dispositif intra-utérin ou l'implant si la patiente a choisi ce type de contraception. Enfin, il transmet la fiche de liaison de la visite de contrôle au centre hospitalier ainsi que l'original du bulletin statistique anonyme à l'établissement de santé.

Ainsi, pour les médecins de ville, cette nouvelle pratique permet de proposer un service de proximité en toute sécurité à condition d'avoir été formés, de prendre le temps de fournir aux femmes des explications claires afin de les aider à choisir la méthode et à mieux comprendre la place de l'avortement dans leur vie. L'avortement médicamenteux est un progrès pour la santé des femmes à conditions que cela reste un choix des patientes. La méthode médicamenteuse est souvent moins traumatisante que la méthode classique et aussi plus économique.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

A. La recherche qualitative

Les méthodes de recherche qualitative sont issues des sciences humaines avec pour objectif la compréhension et l'interprétation de phénomènes dans leur environnement. Elles permettent d'appréhender la complexité des comportements, à travers l'étude des opinions, des attitudes, des sentiments (53) (54).

Une enquête qualitative a été choisie pour notre travail qui consistait à déterminer le parcours des patientes de la découverte de leur grossesse non désirée jusqu'à la réussite de l'avortement.

Le recueil de leur parcours a été réalisé sous forme d'entretien individuel semi-dirigé (53) (54). Les questions posées étaient des questions ouvertes pour permettre aux femmes de s'exprimer librement. Ces dernières pouvaient donc partager les représentations qu'elles avaient sur leur prise en charge et s'exprimer sans être influencées par des réponses déjà proposées ou sans appréhender les jugements des autres femmes.

B. L'échantillon

Nous avons recruté des femmes en âge de procréer, entre 19 et 44 ans, de divers niveaux socio-économiques, situations familiales et origines, avec ou sans enfant. Les femmes ne se connaissaient pas entre elles. Pour être incluses dans notre étude, elles devaient déjà avoir réalisé une ou plusieurs IVG dans le secteur où nous avons créé notre réseau ville-hôpital, c'est-à-dire à Cannes et les villes alentours, et avoir été prises en charge soit en ville par les médecins généralistes du réseau, soit en ville par des gynécologues, soit au Centre Hospitalier de Cannes.

Les médecins de ville, gynécologues et médecins généralistes, ont contacté au préalable leurs patientes pour savoir si elles acceptaient de participer à un entretien dans le cadre d'une thèse. Les gynécologues et les médecins généralistes avaient recruté respectivement 8 et 11 patientes acceptant l'entretien.

Puis, pour contacter les femmes prises en charge au Centre Hospitalier de Cannes, nous avons déposé une demande écrite au Chef de service et au Directeur de l'hôpital pour avoir l'autorisation d'accéder aux dossiers médicaux. Après obtention de leurs autorisations,

l'une des cadres infirmière a contacté 12 femmes ayant eu recours à l'IVG et leur a demandé si elles acceptaient de réaliser un entretien dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Seulement 8 femmes donnèrent leur accord.

Après avoir obtenu les coordonnées et les accords des 8 femmes prises en charge par les gynécologues de ville, des 11 par les médecins généralistes et des 8 à l'hôpital, nous avons décidé d'interrompre notre recherche le temps de réaliser les entretiens de toutes ces femmes. Si nous n'obtenions pas la saturation des résultats après les avoir toutes interrogé, nous aurions recruté d'autres femmes.

C. Le recueil de données

Nous avons fourni aux patientes volontaires l'objectif principal de cette étude, la méthode d'entretien individuel, l'assurance du respect de l'anonymat au cours de l'exploitation des données, la description globale du thème abordé, les modalités pratiques de l'entretien de visu (lieu, date et horaire selon les contraintes personnelles de chacune).

Nous leur avons présenté la méthode de la façon suivante : « Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien, malgré votre emploi du temps. Comme je vous l'ai précisé lors de notre premier contact téléphonique, je recueille des données sur le parcours des femmes de la découverte d'une grossesse non désirées à la réussite de l'avortement, dans le cadre de ma thèse de médecine générale. La discussion va durer environ une vingtaine de minute et sera enregistrée afin de pouvoir assurer une transcription fidèle de vos propos et ainsi pouvoir les analyser selon les techniques de recherche qualitative. Je vous remercie par avance de bien vouloir parler distinctement. Je tenais à vous rappeler que les réponses recueillies resteront strictement confidentielles et l'anonymat sera respecté. C'est important que vous vous sentiez en totale liberté pour exprimer votre vécu et vos réactions, opinions, expériences personnelles par rapport au parcours que vous avez suivi, quels qu'ils soient. Tout ce que vous pouvez dire est intéressant. Je souhaite recueillir votre ressenti quand à la recherche d'informations, la qualité des informations, les démarches que vous avez suivies, les personnes que vous avez contacté, les délais d'attente entre le 1^{er} contact téléphonique et le 1^{er} RDV, la disponibilité des professionnels de santé, le choix de la méthode d'avortement proposé, le suivi, les obstacles et facteurs facilitants que vous avez rencontrés, vos suggestions pour améliorer cette prise en charge, etc. Nous avons un certain canevas de questions à respecter et je me

permettrai d'intervenir si nous nous éloignons trop du sujet. Vous avez peut être des questions ? »

D. Le guide d'entretien

Avec l'aide de mon directeur de thèse, nous avons élaboré un guide d'entretien suivant l'ordre chronologique du parcours des femmes de la découverte de la grossesse au suivi post-IVG, puis nous leur avons demandé leurs avis sur leur prise en charge et leurs suggestions pour améliorer celle-ci. Nous avons été conseillé au niveau méthodologique par le Dr Pia Touboul, médecin au département de Santé publique du Centre Hospitalo-Universitaire de Nice et spécialisée dans les recherches qualitatives. Après avoir testé le guide d'entretien avec 3 femmes, nous avons supprimé une question redondante, simplifié l'intitulé d'une autre question. Concernant la question sur le délai d'obtention du premier rendez-vous, il s'agissait d'une question fermée, nous avons donc traité cette réponse dans les résultats quantitatifs.

- 1) Comment avez-vous fait pour trouver des informations sur l'avortement ? Sur quel type de support et où les avez-vous trouvées ? A qui avez-vous demandé des informations concernant l'avortement ?
- 2) Quel a été le délai entre votre appel et le 1^{er} rendez-vous avec un médecin ? Comment s'est passé votre premier contact téléphonique avec le secrétariat et/ou le professionnel de santé ? Qu'en avez-vous pensé et quels conseils avez-vous reçu ?
- 3) Comment avez-vous fait pour choisir la méthode ? Que pensez-vous des conseils que l'on vous a donnés ?
- 4) Globalement, quels sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontrés personnellement pour obtenir des informations sur l'IVG, obtenir votre premier rendez vous, contacter un professionnel ?
- 5) Quelles seraient vos suggestions pour améliorer cette prise en charge, faciliter le parcours de l'IVG ?
- 6) Quels seraient vos besoins, en terme d'informations, de communication, pour avoir facilement connaissance des médecins pratiquant les IVG à côté de chez vous ? Si on créait une liste de médecins généralistes pratiquant les IVG, sous quel mode de diffusion pensez-vous y avoir le plus facilement accès.
- 7) Questions de repérage : âge, profession, nombre d'enfant, situation familiale, ville.

« Je vous remercie pour votre participation à cette étude et ne manquerai pas de vous tenir informée des résultats de celle-ci. »

E. Le déroulement de l'entretien

Les patientes ont d'abord été enregistrées à domicile ou sur le lieu de travail. Pour les patientes, ayant déménagées depuis leur IVG, nous avons choisi l'option de l'entretien téléphonique. Puis, comme les entretiens téléphoniques étaient d'aussi bonne qualité tant sur le fond (qualité de l'échange) que la forme (qualité d'enregistrement), tous les autres entretiens ont été téléphoniques. Cela permettait aux femmes de nous appeler lorsqu'elles le désiraient, quand elles étaient tranquillement installées à leur domicile, sans l'appréhension de faire rentrer une inconnue chez elles.

Lors de l'entretien, nous avons utilisé comme outils : la pause active, approfondir, faire préciser, reformuler, demander d'autres points de vues, répondre de façon neutre aux participantes, pour les aider à exprimer leurs pensées.

F. La retranscription et analyse des données

Le matériel d'enregistrement est le dictaphone d'un Smartphone. Les entretiens sont retranscrits mot pour mot manuellement sur fichier Word. Les verbatim sont les réponses des femmes aux questions posées. Seules quelques citations verbatim seront mentionnées dans les résultats. Le contenu des entretiens étant très personnel et anonyme, ils ne sont pas ajoutés en annexe. Le codage des données qualitatives est effectué informatiquement sur N'Vivo afin de mettre en évidence les grands thèmes et sous-thèmes.

G. La saturation des données

On parle de saturation des données lorsque les données recueillies et leur analyse ne fournissent plus d'élément nouveau à la recherche. C'est ce seuil qui détermine le nombre d'entretiens à réaliser. Dans notre cas, nous avons obtenu la saturation des données après 20 entretiens.

RÉSULTATS

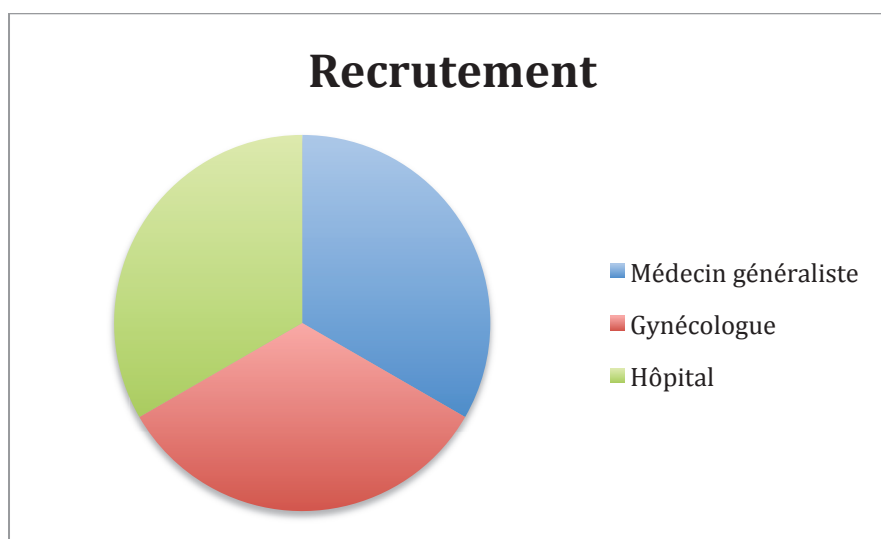
A. Les résultats quantitatifs

1) L'échantillon

Nous avons contacté au total 31 femmes : 4 ont refusé d'emblée de réaliser cet entretien, les raisons étaient le manque de temps et le désir de tourner la page vis-à-vis de cet événement de leur vie ; 2 nous avaient donné leur accord par téléphone mais n'ont plus été joignables par la suite ; pour une femme la communication téléphonique a été interrompu au milieu de l'entretien mais les tentatives de rappel ont échoué. Nous avons donc exclu cet entretien qui était incomplet.

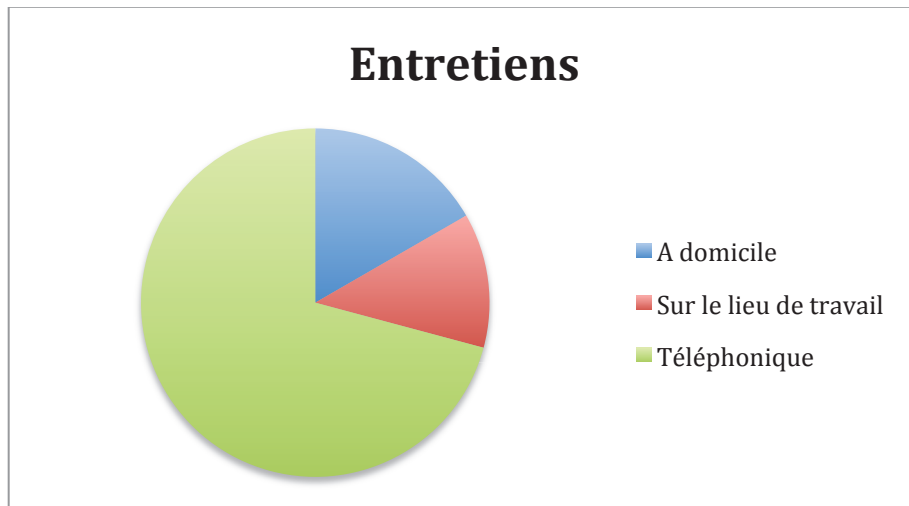
Nous avons obtenu la saturation des résultats après s'être entretenu avec les 8 femmes provenant de l'hôpital, 7 des femmes provenant de chez les médecins généralistes et 5 des femmes provenant de l'hôpital. Pour s'assurer qu'il n'y avait aucune nouvelle idée émergente, nous avons interrogé les 4 dernières femmes qui nous avaient donné leur accord. Elles n'ont apporté aucune nouvelle idée, nous avons donc stoppé les entretiens.

Ainsi, nous avons réalisé 24 entretiens avec 8 femmes via 4 médecins généralistes du réseau, 8 femmes via 3 gynécologues de ville et 8 femmes via le centre d'orthogénie du Centre Hospitalier de Cannes.



Les 24 entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés entre le 8 janvier 2014 et le 7 avril 2014. La durée moyenne des entretiens était de 15 minutes et 10 secondes, avec un maximum de 31min 10s et un minimum de 9min 40s.

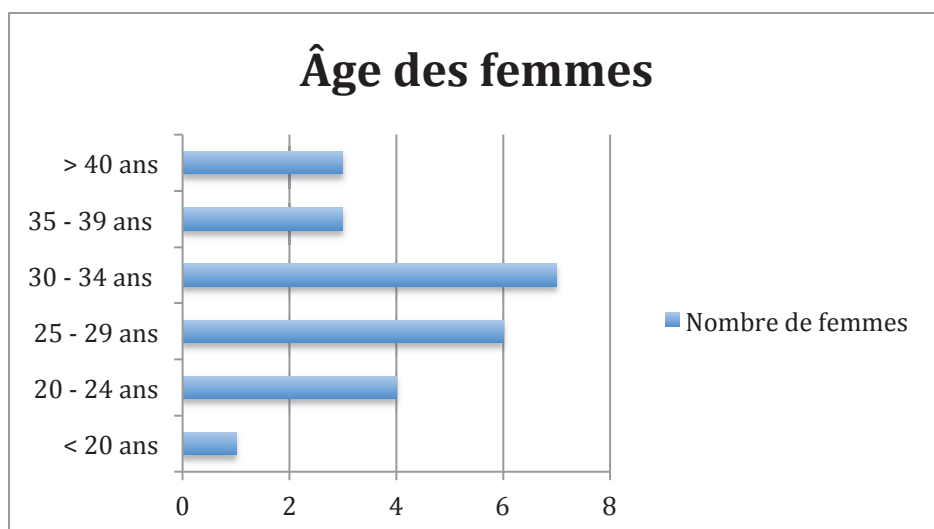
Les 7 premiers entretiens ont été réalisés de visu : 4 au domicile des patientes, 3 sur leur lieu de travail, à leur demande. Les 2 entretiens suivants ont été réalisés par téléphone car les patientes avaient déménagé l'une en Moselle, l'autre à Dijon. Par la suite, tous les autres entretiens ont été téléphoniques.



2) Les caractéristiques de l'échantillon

a) L'âge

La moyenne d'âge des femmes interrogées était de 30,54 ans, la plus jeune avait 19 ans, la plus âgée 44 ans. Une avait moins de 20 ans, 4 entre 20 et 24 ans, 6 entre 25 et 29 ans, 3 entre 35 et 39 ans, 7 entre 30 et 34 ans, et 3 plus de 40 ans. L'âge médian, âge qui sépare l'ensemble des femmes en deux parts égales, est de 30,50 ans. Il n'y a pas de mineure dans notre échantillon et les trois quart des femmes avaient entre 19 et 34 ans.



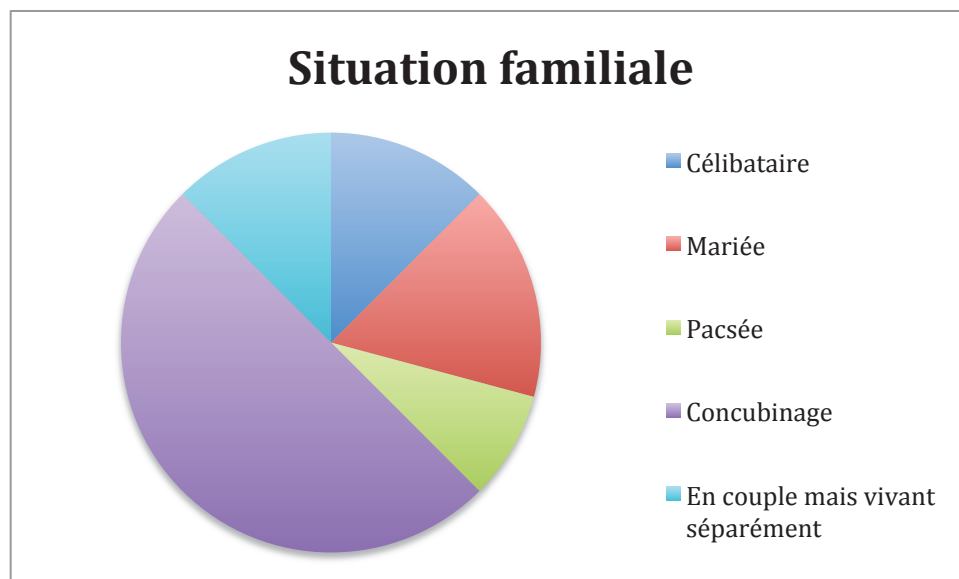
b) L'activité professionnelle

Dix-neuf femmes ayant avorté avaient un emploi (IDE libérale, aide soignante hospitalière, auxiliaire de vie, secrétaire médicale hospitalière, enseignante, professeur des écoles, éducatrice périscolaire, ingénieur informatique, assistante de direction dans des études généalogiques, responsable actions sociales, gérante d'un hôtel, assistante commerciale dans le tourisme d'affaire, commerçante, vendeuse en restauration rapide, vendeuse en prêt-à-porter, vendeuse de produits territoriaux, femme de ménage et 2 esthéticiennes) soit 79,1%.

Trois femmes étaient étudiantes (étudiante en dentaire, étudiante infirmière, étudiante management et économie appliquée), soit 12,5%. Une femme était mère au foyer avec 5 enfants à charge soit 4,2%. Une femme était en invalidité pour recto-colite hémorragique et spondylarthrite ankylosante, elle était auparavant IDE hospitalière, soit 4,2%. Aucune femme n'était au chômage dans notre échantillon.

c) La situation familiale

Dix-huit des femmes ayant avorté étaient et vivaient en couple, soit 75 % (4 mariées, 2 pacsées, 12 en concubinage). Trois femmes étaient mais ne vivaient pas en couple, soit 12,5 % (l'étudiante chez ses parents, la patiente d'origine thaïlandaise chez son employeur et une autre « chacun chez soi » car chacun avait ses propres enfants à élever). Trois femmes étaient célibataires soit 12,5%.



d) Le nombre d'enfants

Onze femmes ayant avorté n'avaient pas eu de naissance auparavant, soit 45,8 %. Quatre femmes en avaient un soit 16,7 %. Six femmes en avaient deux, soit 25 %. 3 femmes en avaient 3 ou plus, soit 12,5 %.

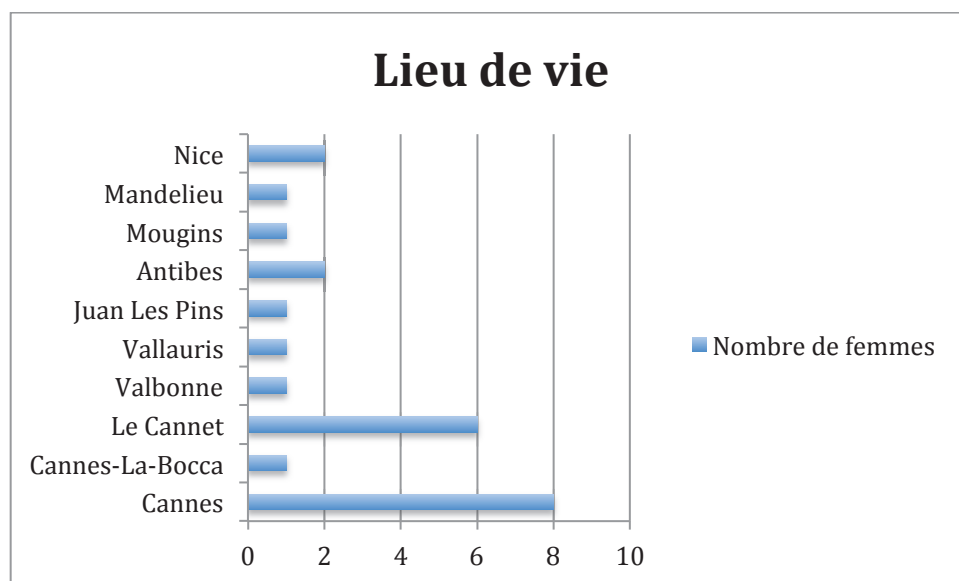
La part des femmes sans enfant passe de 100 % avant 20 ans à 0 % au-delà de 40 ans. Jusqu'à 25 ans, 83,3% n'ont pas eu de naissance. A partir de 27 ans, elles sont 33,3 % à n'avoir pas eu de naissance. Au delà de 30 ans, elles sont 91,7 % à déjà avoir, 1, 2, 3 enfants ou plus.

e) Le nombre d'IVG antérieures

Pour 83,3 % des femmes, il s'agissait de la première IVG. Pour 8,3 % il s'agissait de la 2^e, pour 4,2% de la 3^e, pour 4,2% de la 5^e.

f) Le domicile

Huit patientes vivaient à Cannes ou à proximité de Cannes : 1 à Cannes-La-Bocca, 6 au Cannet, 1 à Valbonne, 1 à Vallauris, 1 à Juan les Pins ayant déménagé à Dijon, 2 à Antibes dont une ayant déménagé en Moselle, 1 à Mougins, 1 à Mandelieu et 2 à Nice.

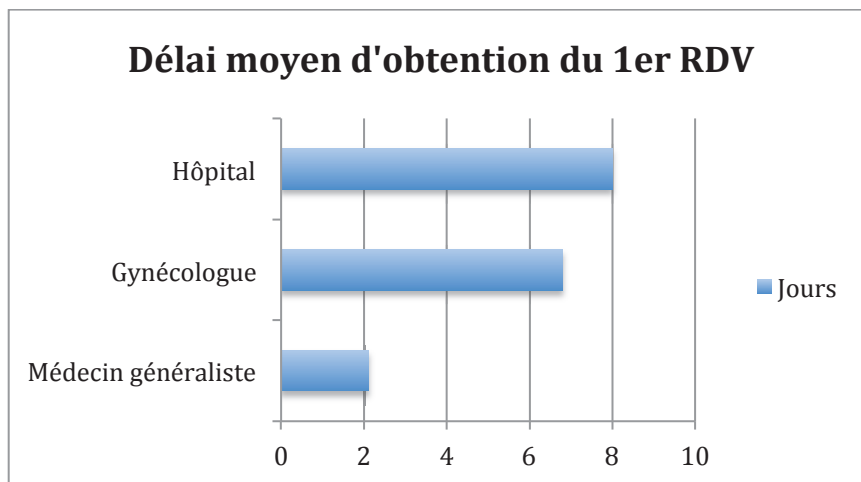


g) Le lieu de l'intervention

Huit femmes ont été au Centre Hospitalier de Cannes. Parmi les femmes ayant consulté un médecin généraliste, 2 ont été à Mougins, 2 au Cannet, 4 à Antibes. Parmi celles ayant consulté le gynécologue en ville, 6 ont été à Cannes, 1 à Mandelieu, 1 à Juan Les Pins. Le choix se fait vers la structure hospitalière ou le médecin libéral le plus proche de chez soi, lorsqu'il n'est ni le gynécologue habituel ni le médecin traitant.

h) Le délai d'obtention du rendez-vous avec le professionnel réalisant l'IVG

Les délais pour obtenir un RDV allaient de 1 à 15 jours.



Chez les **médecins généralistes** du réseau, il fallait entre 1 et 7 jours, avec une moyenne de 2,1 jours. Le délai le plus long de 7 jours, correspondait au délai de réflexion, car la patiente avait déjà été vue par un médecin à l'hôpital.

Chez les **gynécologues en ville**, il fallait entre 3 et 15 jours, avec une moyenne de 6,8 jours. Pour l'un des rendez-vous à 7 jours, le gynécologue était disponible dans les 4 jours mais la patiente n'était pas pressée et a préférée choisir un horaire compatible avec son travail. Pour le rendez-vous avec un délai de 15 jours, la patiente n'était plus dans les délais pour l'IVG médicamenteuse à domicile et a dû être surveillée à l'hôpital pour la prise de ses comprimés.

Pour obtenir un rendez-vous à l'**hôpital**, il faut entre 2 et 15 jours, avec une moyenne de 8 jours. Le délai de 2 jours est imputable à une patiente qui a été recommandée par un membre de sa famille qui est proche d'un des médecins du CH de Cannes, sinon il faut compter au minimum 5 jours pour obtenir son 1^{er} rendez-vous.

B. Les résultats qualitatifs

Le codage met en évidence 7 grands thèmes regroupant chacun plusieurs sous-thèmes.

1) La recherche d'informations sur l'IVG

Lors de la découverte de leur grossesse non désirée, les femmes mettent en avant 3 axes concernant leurs recherches d'information :

a) L'avis de l'entourage

L'avis de l'entourage compte très différemment pour les femmes découvrant une grossesse non désirée, certaines préfèrent se diriger directement vers un professionnel de santé d'autres ont besoin de demander des conseils à leurs proches.

Celles qui ne demandent aucun avis à leur entourage, sont les femmes souhaitant réaliser leur IVG le plus discrètement possible. Quelques unes ont préféré se diriger directement vers le corps médical et plus de la moitié ont interrogé leurs médecins généralistes ou gynécologues traitants.

Entretien 2 : Le but aussi c'était que ça reste discret parce que, bon voilà, si j'allais dans un hôpital j'avais peur que des gens me reconnaissent ou quoi que ce soit, comme ma mère bosse dans le milieu en plus, c'était un peu chaud.

Entretien 20 : Non, je n'ai demandé qu'à... j'avais vu des médecins avant, qui m'avaient données toutes les informations. En tout, je ne me suis renseignée qu'auprès du corps médical.

Entretien 21 : Non, je n'ai demandé aucune information ni à de la famille, ni à des amis.

La majorité des femmes ont besoin de communiquer sur ce sujet difficile et de rechercher un soutien ou des informations sur le déroulement de l'IVG. Les proches les plus souvent cités sont la mère, les sœurs, les amies et leur compagnon. Dans moins de la moitié des cas, l'avis du compagnon n'est pas toujours demandé.

Entretien 9 : Je n'en ai parlé qu'à mon conjoint, voilà, qu'à mon conjoint et aussi à ma mère et c'est tout.

Entretien 15 : A des connaissances ? Je n'en ai pas trop parlé, à part à mes proches au niveau de ma famille pour avoir un soutien, parce qu'on est souvent isolé quand même, c'est pas quelque chose qu'on va raconter comme si on était allé voir un film.

Quelques femmes ont pris aussi l'avis des internauts via les forums de discussion afin de connaître leurs motivations dans le choix de la méthode et leur vécu de l'avortement.

Entretien 24 : Suite à ça par contre, j'ai regardé sur internet pour voir ce que les gens avaient eu, leur expérience et comment ça s'est passé, pourquoi tel ou tel choix.

b) Le type d'information et le support

Les informations les plus recherchées étaient le déroulement d'une IVG médicamenteuse, le mode d'action des médicaments et leurs effets secondaires, le lieu où réaliser l'IVG, les délais pour pouvoir réaliser l'IVG. Plus rarement, elles recherchaient le vécu

et le ressenti des autres femmes ayant pratiqué une IVG (les proches, les internautes). Trois raisons ont été évoquées pour expliquer l'absence de recherche d'informations sur les IVG :

- la plus fréquente était leur expérience personnelle, c'est à dire avoir un ou plusieurs antécédents d'IVG médicamenteuse ou chirurgicale
- le statut professionnel d'infirmière. Celles qui pensaient connaître les rouages de la prise en charge d'une grossesse non désirée de part leur profession, se sont rendues compte que face à une situation stressante, inhabituelle et urgente, elles étaient tout aussi démunies que les autres patientes.
- et les informations fournies par les proches, à savoir le récit de leur avortement

Entretien 12 : Moi, vous tombez bien parce que j'en suis à mon 5^e avortement (rires) donc, en fait, je savais comment ça se passait.

Entretien 1 : Je connaissais de par ma formation d'infirmière. Je n'avais pas forcément besoin d'information, je savais ce que c'était.

Le principal support pour trouver des informations sur l'IVG est internet, plus de la moitié des femmes le mentionne en premier. Elles utilisaient Google comme moteur de recherche et tapaient « IVG + ville », soit les patientes allaient sur des sites officiels tel que www.santé.gouv.fr, soit sur www.doctissimo.fr, soit sur des forums de discussion

Entretien 6 : Et chez moi, je me suis renseignée sur internet aussi... Sur santé.gouv, il y a tout un laïus sur les IVG, les différentes méthodes, les effets indésirables.

Les autres supports sont l'éducation sexuelle au lycée, la formation professionnelle d'infirmière, les brochures et livrets fournis par le professionnel de santé

Entretien 2 : En fait on est tous au courant, on a tous eu une éducation sexuelle depuis longtemps donc je savais très bien comment ça se passait si on fait une IVG. Je savais qu'il y avait différentes sortes selon le temps où on s'y prenait, que ça pouvait être médicamenteux ou le côté hospitalisation avec raclage et du coup je savais comment ça se passait et que j'y avais droit, qu'on avait pas le droit de me le refuser.

Entretien 19 : Enfin, au lycée, à l'époque, j'avais fait des exposés sur l'avortement à l'hôpital et l'avortement médicamenteux... donc je savais que j'étais dans les délais et du coup, j'ai foncé.

c) Où et à qui s'adresser pour réaliser une IVG?

Savoir à qui s'adresser lors de la découverte d'une grossesse non désirée était un réel problème pour les patientes. Les démarches qu'elles ont entrepris pour trouver où elles pouvaient pratiquer l'IVG étaient les suivantes soit elles recherchaient sur internet, soit elles prenaient rendez-vous avec leur gynécologue habituel ou leur médecin traitant, soit elles contactaient le secrétariat de l'hôpital ou la PMI.

Entretien 15 : Le premier réflexe puisque j'étais chez moi c'était internet, parce que c'était un thème que je ne connaissais pas du tout, dans mes connaissances je n'avais personne à qui en parler, enfin c'était plutôt quelque chose d'inconnu à mon sujet, donc je ne connaissais pas les démarches, ce qui existait, comment ça se passait, enfin c'était vraiment la nébuleuse. Donc internet m'a aidé.

Entretien 14 : J'ai téléphoné à la PMI en fait, parce que j'ai eu une grossesse, j'ai une petite fille de 16 mois, et du coup je me suis orientée vers la PMI et c'est eux qui m'ont orienté vers l'hôpital, pour avoir une prise en charge totale, échographie, médecins spécialisés pour l'avortement

Entretien 18 : Sur internet, on dit juste qu'il faut se rapprocher d'un planning familial ou d'un médecin de ville.

Lors de leur recherche sur internet, toutes les femmes trouvaient des informations concernant les différentes méthodes et le déroulement d'une IVG, par contre elles n'ont pas trouvé nominativement quels médecins les pratiquaient et les seules coordonnées fournies étaient celles des hôpitaux ou des cliniques. Par ailleurs, une des patientes s'est plainte de l'incitation qui est faite sur les plateformes téléphoniques, type SOS IVG, pour décourager de l'avortement.

Entretien 13 : J'ai regardé un peu sur internet ce que c'était par médicament et tout ça... Moi, je n'avais pas de liste sur internet, non, non, non, c'était juste marqué processus et qui pouvait faire mais y'avait pas de noms ni rien.

Entretien 23 : Donc, j'ai regardé sur internet et finalement on vous donne des numéros de téléphone où ils sont censés vous renseigner pour vous aider dans les démarches. Finalement, moi ce que je pense, c'est qu'on essaye plutôt de vous dire de garder l'enfant... Donc enfin bref, vous n'êtes pas aidées donc vous paniquez un peu plus.

Les femmes choisissent le lieu pour avorter le plus facilement accessible donc le lieu le plus proche de leur domicile.

Entretien 10 : J'ai tapé sur internet IVG et le nom de ma ville et en fait ça m'a donné deux résultats sur Cannes. Et en fait j'ai opté pour le plus proche de chez moi, donc l'hôpital de Cannes. L'autre résultat c'était la clinique Oxford.

Celles qui avaient un suivi gynécologique en ville, se sont dirigés vers leur gynécologue habituel et n'ont pas rencontré de difficulté pour trouver où réaliser leur IVG. Deux patientes ont préféré changer de gynécologue pour leur avortement car elles avaient eu un mauvais contact avec celui-ci. Les patientes qui sont allées voir leur médecin généraliste en premier, se sont considérées comme avantagées lorsque leur médecin pratiquait les IVG ou s'il était dans un cabinet de groupe avec un autre médecin les pratiquant.

Entretien 2 : Je lui ai demandé un gynéco qu'elle pouvait me conseiller parce que moi, j'avais eu un gynéco avec qui ça ne s'était pas du tout bien passé avant, que j'aimais pas, avec qui je ne sentais pas de lui demander quoi que ce soit.

Entretien 17 : J'étais nouvelle dans la région. Je suis allée voir mon médecin généraliste qui m'a conseillé d'aller voir un autre médecin généraliste qui était habilité à réaliser les avortements au cabinet ... Elle travaillait dans le même cabinet. Mais c'était un coup de bol, voilà. Et sinon, je ne savais pas trop où m'adresser sincèrement... J'ai cherché sur internet et après je me suis dite que j'allais aller directement voir mon généraliste, ça sera plus simple.

2) La prise en charge initiale

a) Le contact avec le secrétariat

D'après l'analyse des entretiens, les patientes étaient satisfaites du secrétariat lorsque celui-ci présentait les qualités suivantes : secrétariat facilement joignable, compréhension du niveau d'urgence et avancement du rendez-vous, absence de jugement

ou de critiques négatives à l'encontre des patientes.

Entretien 20 : Sinon, c'est très honnêtement la croix et la bannière pour ne serait-ce qu'obtenir le secrétariat à l'hôpital.

Entretien 4: Elle ne m'a pas donné de conseils, ce n'est pas son boulot. Son boulot c'est prendre des RDV... En fait c'est une femme qui comprend très bien... quand on lui dit c'est urgent, elle comprends l'urgence en tout cas... Sa secrétaire personnellement c'est une femme au top, on sent tout de suite qu'elle n'a pas d'a priori, pas de préjugés... elle ne porte pas de jugement à l'accueil.

Les patientes appréciaient être aiguillées dans leur parcours : secrétariat du médecin traitant adressant à un médecin généraliste du réseau, secrétariat de l'hôpital proposant soit de voir son médecin généraliste pour avoir un 1^{er} contact avec un médecin et débiter la semaine de réflexion, soit donnant les coordonnées de médecins de ville quand les délais de prise en charge à l'hôpital étaient trop longs.

Entretien 19: J'ai appelé la secrétaire de mon médecin traitant qui m'a dit que mon médecin traitant ne le faisait pas mais que l'autre médecin du cabinet le faisait.

Entretien 12: Lors du 1er appel, elle m'a dit qu'il fallait aller voir mon médecin généraliste car il y a une semaine en général de délai de réflexion. Et donc j'ai été voir mon médecin généraliste qui m'a fait le papier... Je ne me souvenais pas de la date de mes dernières règles, donc c'est pour ça que la secrétaire a eu la gentillesse de nous prendre rapidement mais sinon elle m'a dit normalement c'est plus longtemps le RDV.

On note une grande insatisfaction de la part d'un couple de nationalité étrangère qui a été très choqué d'être adressé par l'hôpital à un médecin en ville. Ils ont eu l'impression d'être rejetés et abandonnés par l'hôpital.

Entretien 22 : Pour vous dire, la vérité, à l'hôpital, on n'est pas content du tout. A l'hôpital à Cannes, il n'y a rien, rien, rien. C'est vraiment... moi je sais pas pourquoi ils nous ont envoyé chez le médecin. Moi quand je viens à l'hôpital c'est, je comprends pas ce système et pour donner un rendez-vous c'est je sais pas combien de temps, je lui ai dit : « madame je suis enceinte, et après c'est trop tard.

b) Le contact avec le professionnel de santé

Le délai pour obtenir un rendez-vous avec le professionnel a toujours été plus court chez le médecin généraliste dans notre étude. Par contre à l'hôpital le délai est beaucoup plus long. Ceci est à l'origine d'inquiétude chez les patientes qui voient le délai limite de l'avortement médicamenteux se rapprocher.

Entretien 11 : J'avais le délai de deux semaines, c'est pour ça que j'étais à 7SA, mais entre temps j'ai quand même fait faire une lettre par mon docteur, sinon on m'aurait encore fait attendre 7 jours, les 7 jours d'attente là. Moi quand je l'ai appelé elle m'a donné RDV 15 jours après donc, je savais que si je n'amenais pas une lettre d'un médecin, qui disais de me faire une IVG médicamenteuse que j'étais dans les délais, que j'avais réfléchi au nombre de jours qu'il fallait en passant par un médecin normal.

Entretien 18 : Avant le 1er RDV il fallait attendre 15 jours, donc après en plus il y avait le délai légal d'attente. Donc ça faisait 3 semaines avant la prise du 1er cachet... Sachant que c'est déjà une décision difficile à prendre, 3 semaines c'est long

Le premier contact avec le médecin est très important pour la patiente, c'est ce qui va la mettre en confiance. D'après les patientes, les principales qualités d'un médecin pratiquant les IVG étaient les suivantes : être à l'écoute, faire preuve d'empathie, être rassurant, réconfortant, donner une information complète et détaillée de la procédure de

l'IVG, fournir des documents explicatifs, laisser le temps de la réflexion, proposer un suivi psychologique, avoir de l'expérience et assurer le suivi du début à la fin de la prise en charge. De plus, elles ont souligné, à plusieurs reprises, l'importance d'être considérées individuellement, ne pas être comparées aux autres patientes ayant recours à l'IVG.

Entretien 4: Il a une façon de parler, il connaît son boulot, il a de l'expérience. Il sait nous reconforter quand ça ne va pas, être dur quand il faut. C'est un très bon médecin, je le recommande vivement.

Entretien 14: Il m'a vraiment tout expliqué sur l'IVG, voir si j'étais sûre, éventuellement m'orienter vers une psychologue si jamais j'avais besoin... Il a vraiment été là du début à la fin, vraiment super.

Entretien 6: Il était très froid il m'a même fait pleurer parce que j'étais pas bien et en fait j'ai eu l'impression que lui, c'était une habitude de voir des filles se faire avorter. Et qu'en fait, il me voyait comme une fille qui se faisait avorter comme ça. Alors qu'en fait, pas du tout, je l'ai super mal vécu... Il m'a expliqué que lui, il en voyait défiler, il a fini par me le dire, « moi j'en vois beaucoup pour qui l'IVG c'est leur contraception en fait »... Donc, du coup quand il m'a vu arriver, il croyait que j'étais une de plus, et il était super sec...

Une femme a nécessité de réaliser son IVG médicamenteuse sous surveillance hospitalière, car elle avait dépassé les 7 SA suite au délai d'attente du rendez-vous chez son gynécologue. Son médecin généraliste lui a permis de gagner une semaine, en réalisant un courrier pour le gynécologue.

Suite à une 5^e IVG, le médecin a essayé de responsabiliser la patiente en insistant sur la contraception post-IVG qui se résumait au préservatif pour cette patiente (contre-indication à la pilule hormonale et intolérance au stérilet). Elle cherchait d'autres solutions à ses problèmes de contraception telle qu'une contraception masculine.

Entretien 12: J'en suis à mon 5^e avortements (rires) ... j'ai des problèmes de foie, j'ai des nodules et des kystes. Donc j'ai un problème avec tous moyens de contraception hormonale. C'est pour ça que accidentellement souvent, je tombe enceinte... J'ai pris à un moment la pilule micro-dosée... j'ai fait un IRM de contrôle, et on m'a dit d'arrêter tout moyen de contraception hormonale... Le stérilet non hormonal, excusez-moi, j'ai déjà essayé mais je vous explique, je suis en carence de ferritine, donc comme j'ai énormément de saignement j'avais encore des chutes de fer, donc ça ne me convenait pas. Donc maintenant, je n'ai plus de choix, je vais faire avec les moyens du bord. C'est les préservatifs, j'ai plus aucun moyen, donc c'est un peu dur pour moi. Vous savez c'est pas très agréable aussi ! (rires)... Il y a des rumeurs qui tournent comme quoi genre il y a des cachets, des pilules que l'homme prend pour que, lors de l'éjaculation, le sperme meurt, c'est vrai ?... Et quand je suis arrivée... le médecin de l'hôpital... elle m'a donné des leçons de morale à moi et mon mari : « comment ça se fait, mais ça va pas durer comme ça ». Voilà, je ne l'ai pas mal pris, mais elle a raison d'un côté.

Une patiente n'a pas été satisfaite de sa prise en charge suite à son échec d'IVG médicamenteuse, d'une part parce que le médecin généraliste qui l'avait pris en charge initialement ne l'a pas accompagnée en post IVG, ne lui a pas donné les bons contacts à l'hôpital et n'a pas pris de ses nouvelles, d'autre part du fait de sa difficulté à joindre le secrétariat de l'hôpital, puis d'obtenir un rendez-vous, d'une multiplication des interlocuteurs, et d'un médecin antipathique et accusateur.

Entretien 17

Contact avec le 1^{er} médecin: Je suis allée voir mon médecin généraliste qui m'a conseillé d'aller voir un autre médecin généraliste qui était habilité à réaliser les avortements au cabinet... C'était Dr..., elle travaillait dans le même cabinet. Mais c'était un coup de bol, voilà. Et sinon, je ne savais pas trop où m'adresser sincèrement... Bon ça ne s'est pas bien passé parce que j'ai pas expulsé... ne serait ce que pour prendre un

rendez-vous à l'hôpital de Cannes, elle ne savait pas trop qui je devais appeler. Donc, j'ai été baladée pendant une semaine... j'ai eu l'impression d'être laissée à l'abandon.

Contact avec le 2^e médecin: Quand j'ai enfin réussi à contacter la bonne personne à l'hôpital, j'ai eu un rendez-vous sur place où j'ai rencontré un médecin mais sincèrement j'ai été estomaquée, mon mari était présent. J'ai été hyper mal reçue, comme si j'avais 16 ans, que je venais avorter et que j'avais fait une connerie... sauf que je suis déjà maman. C'était un homme hyper désagréable qui nous parlait comme à des chiens, que ce soit mon mari ou moi... c'était assez blessant. Déjà que la prise de décision n'était pas évidente en soit, c'était une décision qui implique quand même vachement la personne.

Contact avec le 3^e médecin: Alors ensuite, il nous a renvoyé vers une autre personne à l'hôpital de Cannes, une jeune femme qui elle, pour le coup, était adorable, très gentille. Enfin, ça a été chaotique et tout ça, ça a pris du temps. Le temps passait, donc j'étais toujours... donc du coup à un moment donné quand il faut intervenir... donc c'était très désagréable d'être dans cette situation.

c) Le choix de la méthode et conseils sur ce choix

Plus de la moitié des patientes ont choisi d'elle même la méthode par voie médicamenteuse, certaines ont eu besoin des conseils et de l'avis de leur médecin pour faire ce choix. Les principaux motifs expliquant le choix de la méthode médicamenteuse étaient les suivants : délais autorisant la méthode médicamenteuse, rapidité et simplicité de la prise en charge, peur de l'anesthésie, peur du côté invasif de l'acte chirurgical, absence d'hospitalisation, possibilité d'être entourée de ses proches, être dans un cadre rassurant et plus intime. Un autre motif a été exposé une fois, il s'agissait d'un problème de confidentialité à l'hôpital : les rendez-vous pour les IVG chirurgicales étaient regroupés le même jour et toutes les patientes attendaient ensemble en salle d'attente.

Entretien 15: J'ai été rassurée de voir que ça pouvait être vite. Donc moi c'était vraiment le temps dont j'avais peur... en fait je préfèrerais la méthode des médicaments évidemment. Et puis, c'est peut être bête mais psychologiquement, ça a été, je pense que je le vivais mieux comme ça... Je n'avais pas envie de me faire hospitaliser... ou subir une intervention physique on va dire.

Entretien 5: Le choix c'est parce que j'avais déjà subi un avortement par aspiration et je ne voulais pas y retourner. Donc, voilà, je préfèrerais le faire à la maison... Ce qui m'avait déplu c'était le côté un peu parqué. On arrive à l'hôpital, on est 4 – 5 dans une même chambre, on sait qu'on passe toute pour la même chose. Et on ressort et on est encore là. Alors, ça non ! On arrive en bloc, alors que non, c'est quelque chose de personnel, je n'ai pas envie d'être parquée dans une chambre, que d'autres personnes fassent ça pour leur raison mais je n'ai pas envie de les connaître. Je veux dire, ce n'est pas un choix... Donc, non ça ne m'avait pas plu du tout. Donc, je préfèrerais le faire avec mon gynécologue, puis rentrer chez moi et le faire avec mon ami.

Pour la quasi totalité des femmes suivies par un gynécologue, c'est son choix qui a primé. Elles se sont laissées guider et ont suivi ses conseils. L'idée générale était la suivante : « si vous êtes à moins de 7 SA, il vaut mieux essayer l'IVG médicamenteuse » et globalement, elles ont été satisfaites d'avoir suivi ces conseils.

Entretien 7: Moi, il m'a informé que ça serait par médicaments donc il m'a expliqué comment ça se passait... Comme j'étais de 4 semaines, il m'a dit « là ça sera par médicament, ça sera mieux » et moi aussi j'étais bien contente qu'il me dise que c'était par voie médicamenteuse.

Peu de patientes ont regretté le choix de la méthode médicamenteuse : l'une parce que la souffrance physique et psychique de l'avortement au domicile a été trop intense, l'autre parce que l'IVG médicamenteuse a échoué et qu'elle a quand même dû réaliser un

curetage et a donc perdu du temps.

Entretien 1: Il m'a préconisé de le faire par médicaments. Moi, il n'y avait pas de problèmes je n'y voyais pas d'inconvénient... au 2^e comprimé, je suis rentrée et là ç'a été l'hécatombe. Honnêtement ce n'est vraiment pas agréable de prendre des médicaments. Moi je pensais que ça allait être très bien. J'ai eu des douleurs atroces, ... pliée en 4 dans le lit et en plus on sent tout en fait. Donc, finalement je me demande si ce n'est pas mieux de le faire à l'hôpital honnêtement parce que c'est vraiment, vraiment, fort désagréable... Enfin voilà, au niveau psychologique c'était... la douleur était psychologique et physique. Moi je ne l'ai pas très bien vécu... Le gynécologue ne m'a proposé que la méthode médicale... je suis quelqu'un d'assez anxieuse, ...pour quelqu'un d'anxieuse faire ça, franchement...c'était pas top pour moi.

Entretien 21: Je voulais faire une IVG médicale...comme ça, ça m'évite de faire l'anesthésie... En fait... pour moi ça n'a pas marché. Donc moi je me dis que j'aurais dû me rabattre sur l'IVG chirurgicale directe, voilà, donc maintenant que je dois recommencer, et je dois refaire tout le protocole, ça me fait perdre du temps et recommencer tout à zéro.

L'une des patientes ayant fait le choix de la méthode médicamenteuse a nécessité une surveillance hospitalière car elle était entre 7 SA et 9 SA. Un des gynécologues de ville a conseillé d'emblée une IVG chirurgicale à l'une de ses patientes car il la sentait trop fragile pour affronter les douleurs de l'IVG médicamenteuse d'autant plus qu'elle était isolée, loin de son compagnon, de ses amies et de sa famille.

Entretien 6: C'est lui qui m'a conseillé, il m'a dit vous pouvez faire soit par médicament soit par aspiration sous anesthésie générale. Au début j'étais un peu réticente car l'anesthésie générale, ça me fait flipper. Donc, je lui ai demandé son avis. Et il m'a dit : « si vous voulez connaître mon avis, si j'étais vous je le ferais par anesthésie générale, parce qu'au moins, vu que vous avez l'air assez fragile, au moins vous ne voyez rien, c'est rapide, vous vous réveillez vous n'avez rien vu, vous n'avez pas ressenti les douleurs et tout. Et c'est quand même, d'un point de vue psychologique, c'est quand même mieux l'anesthésie. » Du coup, j'ai suivi son conseil.

Une patiente n'a pas eu le choix car elle était enceinte de plus de 9SA, ceci étant dû à son besoin d'un temps de réflexion plus long et d'un suivi psychologique car c'était une décision difficile à prendre.

Entretien 9: Donc, du coup, même si j'ai appris tôt que j'étais enceinte, j'ai avorté tard, j'étais en fait dans la dernière semaine quand j'ai avorté, après c'était trop tard... C'était trop tard pour les médicaments, du coup je n'avais pas le choix, c'était le curetage.

3) Le suivi médico-psychologique

a) Les difficultés psychologiques

L'avortement reste un moment traumatisant de la vie d'une femme, c'est pour cela que le praticien doit être à l'écoute et proposer un soutien psychologique. Les gynécologues de ville proposent peu, voire pas du tout, aux patientes la consultation avec un psychologue, alors que les médecins généralistes le font systématiquement. En général, le praticien apprécie le degré d'anxiété, le contexte psychologique, l'entourage de la patiente pour l'aiguiller:

- s'il juge qu'elle est déterminée et que son choix est indiscutable, il lui propose l'IVG médicamenteuse sans soutien psychologique

Entretien 2: On a parlé, il m'a dit : « vous avez l'air d'être une fille saine, qui sait ce qu'elle veut, enfin voilà, qui n'a pas de problèmes psychologiques » car il m'expliquait que normalement il y avait un délai d'une semaine, pour voir un psychologue, pour être sûr que c'était bien ce qu'on voulait. Et m'a dit : « vous, je sens que c'est bon, vous savez très bien ce que vous voulez, je ne vais pas vous faire perdre du temps pour ne pas qu'ensuite ce soit plus dur pour vous, du coup ça sert à rien d'attendre »...

- s'il juge qu'elle n'est pas sûre de son choix, il lui laissera du temps et lui conseillera de voir un psychologue, quitte à dépasser les délais pour la méthode médicamenteuse

Entretien 9: Même si j'étais persuadée qu'il ne fallait pas le garder, c'était quand même, pour moi, assez difficile psychologiquement d'avorter. Du coup... j'étais dans la dernière semaine pour avorter médicalement après c'était trop tard... j'ai vu un psychologue, qui, vu mon âge et ma situation, m'a juste écouté. Il n'a pas essayé de me convaincre ou quoi, il m'a juste écouté. Il a vu que j'étais quelqu'un de censé, de raisonnable, et que c'était déjà tout réfléchi... Même si le choix était évident, ça restait psychologiquement difficile. C'est pour ça que c'était bête car finalement médicamenteux ça aurait été peut être plus simple qu'un curetage.

- s'il juge qu'elle est trop fragile ou isolée pour réaliser l'IVG à domicile, il lui proposera plus l'IVG chirurgicale sous AG

Entretien 6: Et il m'a dit : « si vous voulez connaître mon avis, si j'étais vous je le ferai par anesthésie générale, parce que au moins, vu que vous avez l'air assez fragile, au moins vous ne voyez rien, c'est rapide, vous vous réveillez vous n'avez rien vu, vous n'avez pas ressenti les douleurs et tout. Et c'est quand même, d'un point de vue psychologique, c'est quand même mieux l'anesthésie. »

Même si de nombreuses patientes critiquent la durée et l'intérêt du délai de réflexion, il est absolument nécessaire pour certaine patiente de leur donner le temps de choisir tant l'avortement que la méthode. Dans l'entretien 6, la patiente n'a pas eu les 7 jours de délai de réflexion et regrette une prise en charge trop rapide, autant par le gynécologue qui a manqué de tact et d'empathie que par l'anesthésiste qui a bâclé sa consultation. Elle aurait aimé avoir plus de temps pour pouvoir poser des questions, être écoutée, avoir un soutien psychologique.

Entretien 6: Il était très froid, il m'a même fait pleurer parce que j'étais pas bien et en fait j'ai eu l'impression que lui, c'était une habitude de voir des filles se faire avorter... quand il a vu que j'étais assez à fleur de peau, il a changé un peu de comportement... Et mon RDV avec l'anesthésiste, ça a pris deux minutes : « oui, ça va aller, ça va aller, et au revoir Madame ». Je suis restée con, je n'ai pas eu le temps de poser de question... Peut-être un petit temps d'entretien un peu plus long que ce que j'ai pu avoir, avec le gynéco, pour lui c'était très clair, il m'a expliqué pour les médicaments. Il m'a expliqué que lui, il en voyait défiler... quand il m'a vu arriver, il croyait que j'étais une de plus, et il était super sec... Et en gros lui le cachet c'était, psychologiquement c'était plus lourd que l'anesthésie, mais j'aurais souhaité en discuter plus quand même... Il a vraiment porté un avis sur la méthode à choisir... Entre le temps de l'entrevue et l'opération, il ne s'est même pas passé une semaine car il fallait faire rapidement. Donc l'anesthésiste je l'ai vu en coup de vent. Ouais, c'était beaucoup trop rapide. Peut être qu'un peu plus de temps, ça aurait été mieux.

b) L'échec de la procédure

Il y a eu échec de la méthode médicamenteuse chez une minorité des femmes: pour une patiente, une 2^e prise de mifépristone a suffi pour obtenir une expulsion complète, pour les autres, un curetage a été nécessaire. En général, suite à l'échec de la méthode médicamenteuse, les patientes obtenaient rapidement un rendez-vous pour le curetage. Rarement le délai d'attente pour le curetage a été très long, un fois jusqu'à 3 semaines

d'attente, cela a été très mal vécu. En effet, il est difficile pour la patiente de supporter les symptômes de la grossesse alors qu'elle souhaite y mettre un terme et de s'imaginer qu'elle porte encore un enfant qu'elle ne désire pas.

Entretien 10: c'est l'IVG qui s'est mal terminée car ça n'a pas marché, donc j'ai dû passer un IVG par aspiration, un curetage... je m'en suis rendue compte tout de suite car c'est censé agir tout de suite dans les 4h,... on doit perdre un peu de sang et l'expulsion elle se fait le lendemain... Mais moi rien du tout, ... je suis revenue le lendemain on m'a donné 2 cachets, toujours rien. Donc là, il fallait passer à un curetage... Je suis restée à l'hôpital, j'ai dormi à l'hôpital. Ça été très, très rapide, le curetage a eu lieu le lendemain.

Entretien 21: Physiquement moralement j'ai quelque chose en moi que je ne veux pas.

Nous avons un exemple d'une mauvaise prise en charge d'un échec d'avortement médicamenteux. De nombreux dysfonctionnements ont été mis en évidence. Le médecin généraliste ayant réalisé l'IVG médicamenteuse n'a pas assuré l'accompagnement de la patiente, il n'a pas su la soutenir, ne lui a pas indiqué le numéro de téléphone à contacter pour être prise en charge dans le service de gynécologie, et n'a pas rappelé pour connaître le déroulement de l'intervention. Par ailleurs, la patiente a rencontré des difficultés pour contacter le secrétariat et obtenir un RDV avec une personne réalisant les IVG chirurgicales, elle a reçu un accueil stigmatisant par le gynécologue de l'hôpital et vu les interlocuteurs se multiplier pour obtenir son curetage.

Entretien 17:

Bon, ça ne s'est pas bien passé parce que je n'ai pas expulsé... Ne serait ce que pour prendre un RDV à l'hôpital de Cannes, elle ne savait pas trop qui je devais appeler. Donc, j'ai été baladée pendant une semaine... ç'a été un parcours assez compliqué, j'ai eu le sentiment de ne pas être du tout bien suivie par le médecin généraliste, l'impression d'être laissée dans la nature.

Quand j'ai enfin réussi à contacter la bonne personne à l'hôpital, j'ai eu un RDV sur place où, là, j'ai rencontré un médecin... j'ai été hyper mal reçue... C'était un homme hyper désagréable qui nous parlait comme à des chiens... Ensuite il nous a renvoyé vers une autre personne à l'hôpital de Cannes, une jeune femme qui elle, pour le coup, était adorable, très gentille... Et après, j'ai vu une 3^e personne qui m'a donné le RDV pour l'intervention. Enfin, ça été chaotique et tout ça, ça a pris du temps... donc c'était très désagréable d'être dans cette situation, d'attendre, de ne pas réussir à parler à la bonne personne. Franchement, ça n'a pas été top.

c) Le suivi post IVG et la contraception

La consultation de suivi post-IVG à 15 jours est quasiment toujours réalisée, elle permet de confirmer la réussite de l'avortement. C'est aussi l'occasion de faire le point sur les problèmes de contraception. Pourquoi la patiente est-elle tombée enceinte ? Quelle est la contraception qui serait la plus appropriée pour éviter une nouvelle grossesse non désirée ? Lors de l'entretien, il n'a pas été posé de questions sur l'erreur de parcours contraceptif à l'origine de la grossesse, le suivi post-IVG et la prescription d'une nouvelle contraception. Les femmes ont donc parlé spontanément de ces items.

La patiente ayant eu une IVG chirurgicale d'emblée, a été stupéfaite par la prise en charge post opératoire du gynécologue : aucun contact après l'intervention, aucune information concernant le déroulement de celle-ci, aucune prescription de contraception

(entretien 6). Pour une des patientes suivies en ville, le médecin généraliste n'a pas assuré la continuité de la prise en charge après l'échec de la méthode médicamenteuse. Il n'a pas su adresser la patiente au bon interlocuteur à l'hôpital, n'a pas pris des nouvelles de sa patiente qui s'est sentie livrée à elle-même (entretien 17). On note aussi que l'attente de la consultation de contrôle est parfois vécue comme angoissante à l'idée d'un échec (entretien 12).

Entretien 6: À mon réveil de l'anesthésie... une infirmière m'a fait signer une autorisation de sortie, puis merci en revoir. Donc, je ne l'ai pas revu, je n'ai pas su si ça c'était bien passé, s'il y avait eu un problème, pas de nouvelle contraception, rien quoi, merci au revoir !... Mais lui, je n'ai plus jamais eu de ses nouvelles. Normalement, c'était marqué sur la brochure, vous avez un RDV quinze jours plus tard pour voir si ça s'est bien passé, si vous avez pas un reste de quelque chose ou quoi. Bah lui, rien... Ouais j'ai été vachement étonnée... sortir de la clinique, libérée dans la nature sans rien comme suivi...

Entretien 17: j'ai eu le sentiment de ne pas être bien du tout suivi par le médecin généraliste, l'impression d'être laissée dans la nature... d'être laissée à l'abandon. A partir du moment où j'ai pris le cachet, elle ne m'a même pas appelé le lendemain pour me demander comment ça va ? Rien. C'est moi qui me suis dite, au bout de 2 jours, je vais l'appeler.

Entretien 12: Et la 5^e fois, c'était là, ces jours ci, j'attends mon RDV de contrôle le 8 avril et je ne suis pas rassurée. Je ne suis pas bien.

Peu de femmes ont parlé spontanément de leur contraception avant l'IVG et de celle prescrite après l'IVG. Les principaux échecs de contraception étaient une mauvaise observance de la pilule oestro-progestative soit par oubli soit par méconnaissance du mode de prescription, une rupture du préservatif ou un échec des méthodes naturelles. On note par ailleurs, deux cas peu fréquents d'échec de contraception avec pour conséquence des grossesses à répétition : une contre-indication à toute contraception hormonale (entretien 12) et des problèmes de vomissements itératifs (entretien 20).

Entretien 19: Moi je prenais la pilule, tout le temps, je suis très régulière avec ma pilule sauf que j'ai découvert que j'étais enceinte parce que je n'ai pas eu mes règles... sauf qu'en fait je prenais juste mal ma pilule, sauf que ça je l'ai su qu'après être tombée enceinte. Et, en fait je la prenais 21 jours avec une semaine d'arrêt, 21 jours, une semaine d'arrêt. Sauf qu'en fait il ne fallait juste pas l'arrêter, mais je ne le savais pas, mon gynéco me l'avait mal expliqué et je n'ai pas lu la notice de ma pilule.

Entretien 20: je tombe enceinte extrêmement facilement sous pilule, comme je vomis régulièrement, très régulièrement, voilà. Donc ça m'est arrivé d'affilé, en décembre et après en février et sous pilule et avec mon mari. Bon voilà, je vous explique cela, juste pour comprendre le truc.

4) L'avis des femmes sur leur prise en charge

a) Les facteurs favorisants

Les principaux motifs de satisfaction de l'IVG à domicile sont la prise en charge rapide, l'absence d'hospitalisation, l'intimité, la confidentialité, la discrétion du domicile, l'entourage par les proches, l'absence d'anesthésie.

Certaines patientes ayant un suivi régulier avec leur gynécologue, trouvent que c'est la prise en charge la plus rapide car elles n'ont pas besoin de passer par différents interlocuteurs. Elles ont la consultation et l'échographie dans le même cabinet, alors que le

médecin généraliste consulte mais adresse vers un centre de radiologie.

Entretien 7: Je trouve plus logique pour une femme qui tombe enceinte de passer par un gynéco... Je trouve que c'est plus du ressort du gynécologue dans ce cas-là, parce que lui... il a de quoi faire une échographie, me dire de combien je suis enceinte... finalement... vous allez chez votre généraliste... déjà il vous faut un rendez-vous... Déjà il vous dit pas aujourd'hui, pas demain, jeudi parce qu'il est complet. Et en plus il faut attendre encore 3 ou 4 jours pour aller chez votre gynécologue faire l'échographie. Vous voyez ce que je veux dire ?... avec le médecin généraliste finalement vous perdez du temps

Parallèlement, certaines patientes préfèrent voir leur médecin généraliste car elles ont un sentiment de protection, de bienveillance avec leur médecin traitant, et certaines n'auraient pas su vers qui d'autre se tourner s'il n'avait pas été là.

Entretien 18: dans tous les plannings familiaux c'est anonyme et trop rapide. J'ai une amie qui l'a fait dans un planning, elle m'a dit qu'ils sont assez rudes en plus. C'est mieux d'aller chez son médecin quand même, on se sent plus protégée.

Entretien 20: Honnêtement, je savais que mon médecin généraliste le faisait donc ça a été presque salvateur, parce que hormis elle, très honnêtement...

Entretien 17: Quelque part j'ai eu de la chance de tomber sur ce médecin généraliste là... Du coup, ouais, j'ai eu du bol, parce que sinon je n'aurais jamais su où aller.

Très peu de patientes ont insisté sur le fait que l'IVG est un droit. Elles trouvaient cela déculpabilisant et rassurant car on ne pouvait pas leur refuser.

Entretien 2: Je savais qu'il y avait différentes sortes selon le temps... je savais comment ça se passait et que j'y avais droit, qu'on avait pas le droit de me le refuser.

Entretien 15: Il y a beaucoup d'informations, il y a des sites, quasi professionnels. Je ne parle pas des forums avec des personnes qui racontent leurs parcours, tout ça ne m'intéressait pas. Moi je voulais vraiment des sites sur le droit des femmes... qui rassure aussi sur ce droit parce que c'est aussi un droit. Ça déculpabilise l'acte en fait.

b) Les facteurs limitants

L'accès et mise en contact avec le bon interlocuteur

Différents obstacles ont été mis en évidence par les femmes. Tout d'abord, on peut noter un problème d'accès à l'IVG et des difficultés à être mise en contact avec les bonnes personnes: certains gynécologues ne pratiquent pas les IVG alors que leur formation leur permet (entretien 16), trop peu de médecins généralistes ont fait le choix de se former à l'IVG, les patientes sont désorientées à la découverte de leur grossesse et ne savent pas vers qui se tourner, qui appeler pour demander une IVG et principalement lorsqu'elles n'ont pas de gynécologue traitant (entretiens 19 et 23), le planning familial du Cannet ne prenait en charge que les mineures (entretien 19), certains gynécologues en ville ou à l'hôpital ont demandé des dépassements d'honoraire pour les IVG (entretien 5 et 20), une patiente a dû insister auprès du secrétariat de l'hôpital pour obtenir la liste des médecins généralistes pratiquant les IVG (entretien 23), il y a parfois trop d'interlocuteurs avant d'obtenir son IVG (entretien 17).

Entretien 16: Franchement non, à part que ma gynéco de Cannes, elle n'était pas habilitée à les faire apparemment

Entretien 19: mon gynéco ne le faisait pas... J'ai appelé plein d'autres gynéco parce que je ne savais pas que les médecins généralistes le faisaient... Et du coup j'ai passé une demi-journée à essayer d'appeler tous les gynéco pour savoir s'ils étaient disponibles... Il y en avait beaucoup qui étaient en vacances ou surbookés ou ils ne le faisaient qu'à l'hôpital... Donc, c'était plutôt pour trouver un médecin qui a été difficile. Au moins qu'on me donne des contacts mais ça je n'ai pas eu. Car mon gynéco ne m'a renvoyé vers personne...

Je me suis retournée vers le planning familial et eux ils ne m'ont donné aucun contact, et m'ont dit qu'ils ne faisaient que les filles de moins de 18 ans. Celui du Cannet. Et ils m'ont dit de me retourner vers l'hôpital.

Entretien 23: L'outil principal c'est internet. Déjà les 1^{ers} sites qui apparaissent je ne suis pas sûre que ça aide une femme qui est un peu perdue pour accéder à l'IVG ou du moins pour l'orienter. Non, sincèrement, même moi qui suis dans le milieu médical, j'ai trouvé que ce n'était pas du tout évident par internet, je ne savais même pas où je devais appeler, vraiment pas du tout ce que je devais faire. Sur internet, je ne cherchais pas comment faire une IVG mais où faire une IVG, j'ai eu l'impression d'être une idiote, je me suis dite : « est ce que je dois aller dans une PMI, à l'hôpital, voir mon médecin traitant ». J'étais vraiment perdue, l'orientation elle n'était pas claire du tout pour moi...

Oui j'ai dû insister pour quelle me donne les noms... Et elle m'a dit attendez je vais voir, j'ai vraiment insisté, je me suis speedée de mon côté pour tout avoir, ce n'était pas pour attendre un rendez-vous 15 jours, je savais que j'étais enceinte, je savais ce qu'il fallait que je fasse. Il fallait qu'on m'oriente pour que je suive la bonne voie... Et ça fait qu'elle m'a dit attendez, il y a des listes de médecins, je peux vous les donner.

Entretien 5 (lors de sa 1^{ère} IVG): il y a huit ans, je suis allée à l'hôpital. Je ne suis pas passée par mon gynécologue qui m'avait accouché, qui devait à la base me faire l'IVG, je lui avais demandé, mais il me prenait des dépassements d'honoraires.

Entretien 20 (lors de sa 3^e IVG): À la Fontonne, il fallait que j'avorte... ça c'est fait beaucoup plus à la va vite... et en devant retourner l'après-midi au cabinet de l'obstétricien parce qu'il le ne pratiquait pas à la Fontonne mais au cabinet en non conventionné, en privé chez lui, enfin c'était plus le parcours du combattant, où il faut s'accrocher, il faut un peu avoir la tête sur les épaules quoi.

Le défaut d'information sur l'IVG en amont

Elles trouvent aussi qu'il y a un défaut d'information sur ce sujet tant en aval qu'en amont : l'éducation à la vie affective et sexuelle au lycée n'est pas assez répandue ou assez complète pour que les femmes sachent quelle démarche avoir lors d'une grossesse non désirée (entretien 15), lors d'un échec de la procédure médicamenteuse l'accompagnement est parfois insuffisant tant du point de vue du suivi de la patiente, que de l'orientation de celle-ci vers l'hôpital et des informations qu'elle a reçues (entretien 17).

Entretien 15: C'est vrai que par contre en terme d'informations en amont, moi j'ai 30 ans, j'ai fait des études et dans mon cursus l'IVG on ne m'en a jamais vraiment parlé. J'ai été à la fac, même au lycée, ce ne sont pas des sujets qu'on aborde, moi je pense que ça peut être important de savoir, parce que quand ça vous arrive...moi j'ai eu de la chance de tomber sur des professionnels compétents qui aient pu être à mon écoute et disponibles en tout cas. Donc les obstacles c'est le manque d'information en amont

Entretien 17: Les obstacles, ont été : pas les bons contacts, pas le bon numéro de téléphone, et que le médecin généraliste n'ait pas assuré le suivi, pas du tout, non.

Les effets physiques et psychiques d'un avortement médicamenteux

Elles notent des difficultés liées à la procédure à domicile elle-même : douleurs physiques intenses et saignement abondants auxquels elles ne s'imaginaient pas et/ou auxquels elles n'étaient pas préparées par manque d'information, douleurs psychiques avec des médicaments provoquant la mort du fœtus, peur d'être seule à domicile en cas de complications, telle qu'une hémorragie.

Entretien 1: donc le 2^e médicament, je suis rentrée et là ça été l'hécatombe... J'ai eu des douleurs atroces...

Entretien 23: Mais la 2^e difficulté c'est le 2^e cachet à la maison, vraiment je trouve que c'est juste horrible, c'est un moment difficile à vivre chez soi, on saigne beaucoup

Entretien 3: Mais ce que je sais c'est que j'ai pleuré pendant 15 jours, donc je ne sais pas si c'est la molécule de la pilule qui fait ça ?... Pour la consultation de suivi, je lui en ai parlé et il m'a dit « mais c'est normal », voilà, il m'a dit « c'est pas facile de toute façon ».

Entretien 23 : Mais je trouve que c'est un moment difficile à vivre chez soi, vraiment... Et saigner autant, être à la maison, c'est un peu particulier, je n'étais pas rassurée... Même s'il y avait eu quelqu'un à la maison, quand on n'est pas bien on fait quoi ? Enfin, c'était ça m'a peur. Ce n'était pas tellement que le fœtus qu'il y avait va partir, c'est vraiment la perte de sang très importante sur un temps qui m'a paru très long.

Entretien 12: Ce qui est dommage c'est que si on est à la maison, qu'on est mal accompagné ou quoi que ce soit, c'est quand même une souffrance, ce n'est pas évident d'enlever des bébés.

Les facteurs spécifiques à la prise en charge hospitalière

Elles notent aussi des difficultés liées à la procédure à l'hôpital elle-même : pour les IVG entre 7 et 9 SA, ne pouvant avoir lieu à domicile et nécessitant une surveillance hospitalière, le temps de surveillance a été jugé trop court puisque les symptômes de la patiente sont apparus à son retour à domicile (entretien 11), l'accueil à l'hôpital n'est pas assez intimiste et le fait de traverser la maternité et de voir les nouveau-nés, peut être mal supporté par la patiente venant de prendre les 1^{er} comprimés pour avorter (entretiens 4 et 13).

Entretien 11: j'étais déjà à 7 SA donc il préfère nous garder à l'hôpital, 5h j'ai trouvé que c'était court parce que ça n'avait même pas commencé... car c'est vrai que j'ai eu des trucs de fou, je vous dis je n'ai pas bougé pendant 4 jours, c'était horrible. Il devrait nous garder un peu plus longtemps. Et il devrait appeler 48h après.

Entretien 4: en milieu hospitalier... une relation... plus privée, plus intime.

Entretien 13: Par contre un truc que je n'ai pas aimé chez vous, je vous le dit et je pense qu'il y a beaucoup de femmes qui ont dû vous le dire, c'est de devoir traverser tout le service de la maternité pour aller prendre le 1^{er} médicament. Alors que vous savez que vous allez avorter et vous voyez les infirmières s'occuper des bébés. Ça c'est horrible à vivre. Franchement, je suis sortie du bureau de l'infirmière, je me suis effondrée, j'ai fait tout le service en pleurant, c'était horrible.

Les délais jugés trop longs

La notion de perte de temps, de délai trop long est très présente et montre l'importance pour les femmes de régler ce problème au plus vite : les délais des rendez-vous à l'hôpital sont très longs et le sont parfois avec les gynécologues en ville (entretien 20), le nombre de consultations est trop important, il faudrait en supprimer au moins une (entretien 16), le délai de réflexion est trop long voir inutile pour beaucoup de femmes (entretien 4 et 10), la consultation de contrôle était jugée trop tardive pour les femmes ayant eu un échec d'IVG (entretien 8), difficile de supporter les symptômes de grossesse en attendant l'IVG tant lors du délai de 7 jours que lors de l'attente du curetage suite à un échec d'IVG médicamenteuse (entretiens 11 et 21).

Entretien 20: Le point noir c'est effectivement la prise de rendez-vous à l'hôpital, après ça peut être assez rapide mais ça c'est extrêmement angoissant.

Entretien 16: Je pense que tous les RDV ne sont pas nécessaires. Je ne vois pas trop l'intérêt du 2e RDV... Mais encore, la semaine de réflexion pour prendre conscience, ça je trouvais que c'était quand même pas mal parce que bon, mais ouais je pense que c'est un peu long quand même.

Entretien 4: le délai de réflexion d'une semaine, ça crée le doute aussi... C'est comme un achat, on a 7 jours de rétractation, c'est pas intéressant dans le sens où pendant 7 jours on angoisse... je pense que quand on fait la démarche d'y aller très peu de femmes regrettent par la suite.

Entretien 10: C'est les 7 jours de rétractation en fait, c'est juste ça qui m'a dérangé parce que en fait j'étais sûre de l'IVG que je voulais, je n'avais pas de temps à perdre, qu'on règle le problème tout de suite, parce que quand on est adulte et qu'on sait ce qu'on veut, je pense que normalement il ne doit pas y avoir ces 7 jours là... Ça m'a stressé parce que, comme je vous l'ai expliqué, je savais ce que je voulais, le fait de patienter m'a angoissé...

Entretien 8: Et c'est vrai que les 3 semaines de délai entre la prise de médicaments et la visite de contrôle je trouve que c'est trop long, mais après je me suis renseignée et comme il m'a dit 3 semaines c'est le temps pour tout évacuer aussi.

Entretien 11: on a encore les nausées, les machins. On est mal alors qu'on sait que ce n'est pas pour le garder donc ça fait un peu de la peine.

Entretien 21: Physiquement moralement j'ai quelque chose en moi que je ne veux pas.

Les relations humaines

Il existe des difficultés liées aux relations humaines : mauvais accueil à l'hôpital, manque d'intimité, attente longue aux urgences gynécologiques (entretiens 4 et 22), contact avec le médecin : manque d'empathie, à priori, jugement négatif (entretiens 1, 17).

Entretien 4 : Je pense que l'accueil des femmes en milieu hospitalier est mal géré, qu'il n'y a pas assez d'intimité et que moi même j'ai assisté à des phrases et je comprenais bien que la femme elle était en train d'avorter donc forcément ça met mal à l'aise.

Entretien 22 : à l'hôpital, on n'est pas content du tout... ils nous ont envoyés chez le médecin... nous on habite à Cannes, on nous a envoyé à Antibes... et j'avais l'impression qu'ils se débarrassaient de nous... C'est un vrai combat hôpital, madame, je vous garantis c'est très désagréable, on était dégoûté... c'est trop compliqué, trop d'attente.

Entretien 1 : ce qui m'a le plus dérangé, c'était peut être le contact avec le médecin... il en a vu 50 et quelques en gros, et je suis juste une parmi tant d'autres... Et ça m'a choqué et ça a aussi choqué mon copain, c'est qu'il ne se souvenait plus de moi... clairement il s'en foutait je pense de ce que je ressentais

Entretien 17 : Ça été un parcours assez compliqué, j'ai eu le sentiment de ne pas être bien du tout suivi par le médecin généraliste, l'impression d'être laissée dans la nature.

5) La connaissance du réseau ville – hôpital

Seulement une femme sur 24 savait que les médecins généralistes conventionnés pouvaient réaliser les IVG médicamenteuses avant sa demande d'IVG, car son médecin traitant appartenait au réseau et lui en avait parlé après sa 1^{ère} IVG à l'hôpital.

Entretien 20: Je savais que mon médecin généraliste était une porte d'entrée... elle m'en avait parlé parce que justement à la précédente IVG que j'avais faite à l'hôpital, j'avais été la voir par la suite, on était venu à en parler, elle m'a dit qu'elle avait suivi une formation spécialisée pour justement traiter les cas d'IVG.

Suite à leurs demandes d'IVG, la moitié ont appris que les médecins généralistes pouvaient réaliser des IVG médicamenteuses :

- certaines ont été adressées par l'hôpital au médecin généraliste de ville pour cause de délai du 1^{er} RDV supérieur ou égal à 2 semaines (entretiens 18, 23). Parmi elles, une a refusé car elle trouvait cela plus rassurant d'être prise en charge à l'hôpital et n'était pas limitée dans le temps puisqu'elle avait découvert tôt sa grossesse mais elle trouvait le principe bon, les 4 autres ont été prise en charge par un médecin généraliste en ville (entretien 10).

Entretien 18 : Déjà je vous avouerai que je ne savais même pas qu'on pouvait le faire en ville. C'est l'hôpital qui m'a dit « vous avez une liste de médecins » ... parce que j'étais persuadée qu'il fallait passer par un centre hospitalier.

Entretien 23 : Cela dit vous allez rire, mais même en tant qu'infirmière je ne savais pas que les médecins traitants pouvaient pratiquer l'IVG médicamenteux. Pour moi, ça restait dans le cadre hospitalier finalement... déjà mon médecin traitant ne le savais pas non plus... elle ne m'a pas orienté, ce n'est pas pour la dénigrer, mais elle ne m'a pas parlé d'autres médecins traitants qui pouvaient le pratiquer.

Entretien 10 : Le premier RDV que j'ai pris, quand on m'a dit 15 jours, j'ai dit oui mais on m'a dit vous pouvez aller en ville, essayez de le faire en ville pour voir si vous n'avez pas une date plus proche... On ne m'a rien donné. On m'a juste dit : « allez voir en ville, peut-être qu'il y a des médecins qui pourraient... ». Mais en fait, je n'ai pas voulu, vu que j'étais dans les temps... Ça c'est très cool, c'est vrai moi j'étais même pas au courant que les médecins généralistes le faisaient. Mais je suis plus rassurée de passer par l'hôpital parce que c'est à l'hôpital... et c'est un gynécologue qui... ce que je veux dire c'est que c'est une question de confiance.

- certaines ont eu comme premier contact leur médecin traitant pour leur demander où se diriger pour réaliser une IVG médicamenteuse. Ceux-ci, travaillant en cabinet de groupe avec des associés formés à la pratique des IVG médicamenteuses, ont pu adresser directement leurs patientes à leurs associés.

- les autres ont appris que les médecins généralistes pouvaient faire les IVG médicamenteuses, deux via internet, deux par leur entourage. Mais aucune n'a trouvé les coordonnées de ces médecins généralistes.

Entretien 5 : Je l'ai déjà vu sur internet mais je n'ai pas de médecin généraliste non plus. Mais c'est vrai que ça ne me viendrait pas à l'esprit si ce n'est pas mon médecin généraliste, je ne me vois pas aller voir un médecin que je ne connais pas pour lui dire que je veux interrompre une grossesse.

Entretien 13 : Non, ça je le sais parce que je l'ai vu sur internet, il avait dit que les généralistes pouvaient le faire. Mais mon médecin généraliste ne m'a pas dit qu'il les faisait.

Par ailleurs, peu de femmes considéraient l'IVG médicamenteuse comme un acte gynécologique devant être réalisé par un gynécologue obstétricien uniquement.

Entretien 4 : L'IVG maintenant, on peut la prescrire, en cabinet avec un médecin. Mais c'est vrai que pour moi, ça concerne un gynécologue donc je n'ai même pas pensé à aller voir un généraliste... pour moi l'avortement c'est de la gynécologie par un gynécologue en ville et par les hôpitaux aussi. Ils hospitalisaient beaucoup les gens avant que ça se passe dans les cabinets de gynécologie.

Entretien 7 : On m'en a parlé. Quand ça m'est arrivé, je ne savais pas où j'en étais et c'est là que ma sœur m'a dit que je pouvais aussi demander à mon médecin généraliste, comme moi j'ai l'habitude, quand c'est la gynécologie, je ne cherche même pas à comprendre, et je vais direct chez mon gynéco.

L'autre moitié a découvert, à la fin de l'entretien lorsque je leur expliquais mon sujet de thèse, que certains médecins généralistes pratiquaient les IVG médicamenteuses. Elles n'avaient ni entendu parler ni lu aucune information sur ce sujet auparavant.

La quasi-totalité des femmes interrogées ont encouragé notre démarche de faciliter l'accès à l'IVG en développant l'offre de soins. Elles étaient favorables à ce que les médecins généralistes puissent pratiquer les IVG médicamenteuses après une formation spécialisée, et ce, même si certaines préféraient être prises en charge par leur gynécologue habituel à domicile ou dans une structure hospitalière.

6) Les suggestions pour améliorer le parcours

a) En terme de communication

Les patientes s'attendent à ce que le praticien présente certaines qualités humaines et professionnelles essentielles au bon déroulement de l'IVG : empathie, soutien moral tout au long de la prise en charge, toujours proposer un soutien psychologique, bien informer les patientes, les conseiller, leur expliquer la conduite à tenir en cas d'échec.

Entretien 1 : Avant tout proposer à la patiente les deux choix, exposer les deux choix. Et si la patiente préfère les médicaments, lui expliquer vraiment le parcours qu'elle va subir parce que, quand même, j'ai été vraiment surprise de ce que j'ai eu. Donc bien lui exposer ce qu'elle va ressentir, ce qu'elle va subir... Soutenir la patiente de A à Z, et pas qu'au début du parcours mais jusqu'à la fin du parcours. Et surtout, questionner la patiente sur, rien que pour savoir comment ça s'est passé, les besoins psychologiques qu'elle pourrait avoir.

Les patientes aimeraient qu'il soit facile de trouver vers qui s'adresser lorsqu'on désire mettre fin à une grossesse, elles souhaiteraient qu'il n'y ait qu'un minimum d'interlocuteur pour cela il faudrait accéder facilement aux coordonnées des médecins qui pratiquent les IVG ou que les médecins adressent leurs patientes à leurs confrères lorsqu'ils ne pratiquent pas eux-mêmes les IVG.

Entretien 5 : Donc mon gynéco je lui ai posé la question sans vraiment savoir s'il pratiquait ou pas ; mais pour moi, c'était une logique, étant gynécologue qu'il le faisait et sinon, il m'aurait orienté vers un confrère.

Entretien 19 : Les gynécos étaient obligés de le faire normalement, mais ça je ne sais pas si c'est vrai, c'est à l'hôpital qu'ils m'ont dit ça... c'était plutôt pour trouver un médecin que ça a été difficile. Au moins qu'on me donne des contacts mais ça je n'ai pas eu, car mon gynéco ne m'a renvoyé vers personne... Entre eux ils doivent savoir, donc je devrais être conseillée par mon médecin vers une personne vers qui j'aurais pu me tourner, vers un autre médecin.

Par ailleurs, certaines pensent que tous les gynécologues devraient pratiquer les IVG et qu'il faudrait former plus de médecins généralistes afin d'accroître l'offre de soins.

Entretien 2 : J'espère que tous les gynécologues peuvent, enfin ils n'ont pas le droit de refuser un IVG. Donc déjà, ça me paraît... Les praticiens autour de chez moi qui pourraient pratiquer une IVG, j'espère qu'ils le font tous

Entretien 18 : il faudrait déjà que tous les généralistes le fasse déjà, que ce soit un acte médical plus courant, étant donné que ce n'est que deux cachets à prendre, c'est un déclenchement de règle quoi, de fausse couche, mais bon ! Ça, ça serait bien et ça serait bien que le médecin traitant le fasse comme dans les délais possibles.

Entretien 20 : Enfin, déjà dans l'absolu qu'il y ait plus de médecins qui puissent pratiquer ça en cabinet pendant leurs heures de consultation... que les médecins entre eux se connaissent... ça serait vraiment bien de trouver cette liste facilement.

Les patientes vivent douloureusement et dans l'angoisse l'attente jusqu'à l'avortement, nombreuses d'entre elles souhaiteraient que les délais des rendez-vous soient plus courts notamment à l'hôpital et chez le gynécologue de ville, que le délai de réflexion de 7 jours soit diminué, mais on a vu que pour certaines femmes il était essentiel de leur laisser du temps et que le nombre de consultation diminue d'au moins une.

Entretien 11 : S'ils arrivaient à faire un tout petit peu plus rapidement pour qu'on soit sûr d'être toujours dans les délais pour le médicament, parfois, ils ne nous prennent pas toujours tout de suite... que le délai soit moins loin peut être. Plus c'est long, plus ça fait mal, ce n'est pas agréable.

Entretien 10: Les 7 jours de rétractation, quand on appelle et quand on est sûr et qu'on dit voilà c'est pour une IVG, je pense qu'on ne peut pas être plus clair... il faut aussi réduire le délai d'attente du 1^{er} rendez-vous, oui 15 jours, c'est quand même assez long... enfin, il faut surtout faire vite, parce que le délai il peut retarder...et ça peut être un peu le parcours du combattant.

Entretien 19: j'ai eu un délai de réflexion de 7 jours. Moi j'étais sûre de moi, donc du coup ça pour moi c'était une perte de temps... Enfin 5 semaines plus la semaine de réflexion à attendre, j'étais limite, limite. Donc du coup pour moi, ça m'a fait perdre du temps. Mais pour le médecin c'était la loi.

Entretien 16: Je pense que tous les rendez-vous ne sont pas nécessaires. Je ne vois pas trop l'intérêt du 2e rendez-vous.

b) En terme de support d'information : mode de diffusion d'une liste de médecins généralistes

Le support le plus utilisé pour diffuser l'information est internet, la majorité des femmes, en parlent spontanément comme le 1^{er} outil de communication et très peu ne le mentionnent pas. Une seule patiente n'a ni Smartphone ni internet, il s'agit de la patiente bénéficiant de l'aide médicale d'état et vivant chez ses employeurs. Ainsi internet est décrit comme l'outil le plus simple, le plus rapide et le plus discret.

Entretien 18: quand on est dans cette situation là, il faut que ça soit assez clair parce qu'on a pas envie de faire des recherches pendant 3h, il faut que ce soit simple, on va au plus près. S'il y avait eu des listes de médecins sur le site, ça aurait été bien, c'est clair.

La plupart des patientes proposent d'utiliser le moteur de recherche Google, où elles taperaient « IVG – médecins généralistes ou gynécologues – ville » et obtiendraient différents liens vers : des sites officiels tels que www.ameli.fr, www.santé.gouv.fr, www.has-sante.fr, un site de santé publique, le site du service de gynécologie de l'hôpital de la ville indiquée, des forums de discussion.

Entretien 15: la sécurité sociale aussi pourquoi pas sur leur site, parce que je ne pense pas que ce soit le cas.

Entretien 23: que ça soit au moins plus clair, du moins, qu'il apparaisse un site qui soit relié, que ce soit à un pôle de santé, que ce soit la sécurité sociale, sur les sites de services publics mais en tout cas quelque chose qui paraisse crédible, plus sérieux que d'autres sites et qui oriente bien.

Entretien 18: sur le site internet du entre hospitalier, puisqu'on doit être rattaché à un CH, pourquoi pas faire une liste de médecins dans laquelle on mettrait tous les médecins faisant des IVG dans la région où du moins tous les médecins rattachés à l'hôpital.

Sur chacun de ces sites, elles voudraient trouver un lien vers une liste officielle avec les médecins de ville autorisés à pratiquer les IVG médicamenteuses en réseau avec l'hôpital.

Entretien 7: Mais c'est vrai que s'il y avait une liste vraiment sur internet quand on tape IVG avec trouver médecin traitant pratiquant l'IVG directement sur internet et à proximité du domicile, et bien, je pense qu'il y aurait beaucoup de femmes qui le ferait, beaucoup de femmes... Ah oui, pour celles qui n'ont pas de gynéco.

Entretien 10: je regarde toujours sur internet... déjà dans un premier temps c'est le plus proche et ensuite c'est le RDV le plus vite, quoi ! Moi je chercherais sur Google, on tape IVG, la ville Cannes et ça nous donne toutes les adresses...

Entretien 17: Dans mon cas, c'est de m'adresser à un médecin qui fait correctement son métier par rapport à ça... maintenant on cherche beaucoup de choses sur internet, c'était de trouver sur internet une liste des médecins qui sont habilités à pratiquer l'avortement médicamenteux dans leur cabinet... par ville, par région, en tout cas avoir un document officiel qui liste toutes ces personnes qui ont l'autorisation de pratiquer l'IVG. Ce que je n'ai pas trouvé d'ailleurs.

Il faut se méfier des sites dédiés à l'IVG qui ne sont pas des sites officiels, sous des apparences d'objectivité et de neutralité, leur contenu véhicule en fait un argumentaire anti-IVG avec des témoignages essentiellement négatifs sur l'IVG mais positifs pour celles qui « l'ont gardé ». La partie médicale ne parle quant à elle quasiment que de « dangers » de l'IVG sous toutes ces formes. (55)

Entretien 23 : J'appelle une PMI, j'appelle un médecin ? J'appelle qui ? Donc, j'ai regardé sur internet et finalement on vous donne des numéros de téléphone où ils sont censés vous renseigner pour vous aider dans les démarches. Finalement, moi ce que je pense, c'est qu'on essaye plutôt de vous dire de garder l'enfant.

Elle proposent aussi d'aller directement sur le site des pages jaunes, de taper « QUI : médecin et IVG » et « OU : ville dans laquelle elle habite », afin d'obtenir la liste des MG conventionnés et gynécologues, sinon utiliser l'application pour Smartphone avec la géolocalisation et obtenir le médecin le plus proche.

Entretien 16 : j'en sais rien, sur internet je pense. Je taperai dans les pages jaunes.

Entretien 4 : Et bien moi j'ai, figurez-vous, un iPhone 5 avec une applications qui s'appelle Pages jaunes et je tape avec ma géolocalisation « gynécologue-obstétricien », j'aurai la liste de ces médecins. Sachant qu'en 2014, ça a beaucoup changé. Avant, on avait l'annuaire, le minitel tout ça, maintenant on a internet sur notre téléphone, donc c'est beaucoup plus pratique.

Le deuxième support le plus proposé par les patientes sont les prospectus dans les salles d'attente. Elles penseraient les trouver principalement chez les professionnels de santé : les médecins généralistes, les gynécologues en ville, la PMI, le service de gynécologie de l'hôpital, mais aussi à la pharmacie, à l'infirmerie des lycées, et dans les endroits où les femmes se retrouvent comme, par exemple, chez l'esthéticienne.

Entretien 10 : À moins qu'on aille sur l'hôpital de Cannes directement et que la liste soit dans les salles d'attente.

Entretien 15 : C'est tout bête mais déjà dans une salle d'attente avec des brochures chez les généralistes, via les gynécologues qui peuvent aussi informer des jeunes patientes que ça peut se faire... Ou après avoir une liste à jour dans les centres de planning familial de médecins disponibles et formés aptes à recevoir les patientes.

Entretien 1 : Internet ou alors des petits prospectus chez les médecins généralistes et dans les lycées...

Entretien 24 : J'étais chez mon esthéticienne, y'avait des magazines, il pourrait y avoir aussi ça. Après est ce que les gens sont aussi ouverts pour avoir ce genre d'info visibles comme ça ? Moi je dirais, les endroits où les femmes se retrouvent le plus et la pharmacie, c'est proche du médecin.

Une autre possibilité pour obtenir cette liste serait d'utiliser le téléphone : soit appeler le secrétariat de gynécologie ou des urgences de l'hôpital, soit appeler une permanence téléphonique ou un serveur vocal dédiés à l'IVG.

Entretien 2 : En appelant le secrétariat qu'il l'ait à côté de lui pour donner la liste, c'est tout. Le secrétariat du médecin généraliste et de l'hôpital. Et si on va à l'hôpital, ça devrait être obligatoire d'avoir les listes à disposition pour justement être plus discret ou par internet c'est le plus simple, rapide et discret.

Entretien 3 : Sur internet. Peut être que le secrétariat de gynécologie de l'hôpital... Les urgences aussi car peut être aussi qu'il y a des femmes qui appellent aussi les urgences pour ça. Donc, voilà, le centre hospitalier, je pense.

Entretien 18 : Un numéro de téléphone pourquoi pas, style les appels tabac info services, ça pourrait être IVG info services.

Entretien 20: je dirai une ligne directe dédiée, une ligne avec des professionnels au bout, déjà pour répondre aux questions, parce que, après j'imagine tout le monde n'a pas le même niveau d'info, ou qu'il y ait des permanences... Si mon médecin traitant ne le faisait pas, que au moins il y ait une liste ou un numéro de téléphone pour avoir la liste ou un serveur vocal avec la liste.

Certaines préfèrent directement le contact humain. Elles demandent à leur médecin traitant d'être adressée à un confrère gynécologue ou médecin généraliste, ce qui nécessite que tous les médecins généralistes soient en possession de la liste de praticiens de l'IVG, à la PMI ou au pharmacien.

Entretien 15: et puis les médecins en eux-mêmes, parce que est ce que ce n'est pas une rétention aussi de leur part ?

Entretien 14: Oui à la PMI, parce qu'il y a beaucoup de femmes qui vont à la PMI, c'est un endroit qui est quand même gratuit et je pense qu'il y a beaucoup de monde qui ne peut pas se permettre d'avoir des soins gynécologiques, donc c'est quand même un super endroit. Donc en priorité là-bas ça serait quand même le mieux pour commencer.

Entretien 22: C'est peut être chez un généraliste, qui sont au courant et qui peuvent vous renseigner je pense. Ou peut être même dans une pharmacie. Quand je connais pas des choses, je demande au pharmacien, comme ils sont au courant de beaucoup de choses. Et voilà.

DISCUSSION

Les principales difficultés rencontrées par les femmes interrogées, à propos *des grossesses non désirées* étaient *une contraception absente ou inadaptée et un manque d'éducation à la sexualité en amont* ; et à propos de la réalisation d'une IVG médicamenteuse à domicile étaient le manque de clarté des informations sur internet, la difficulté à trouver les coordonnées des médecins généralistes pratiquant les IVG médicamenteuses, la méconnaissance par certains médecins généralistes de la possibilité de réaliser une IVG médicamenteuse en ville à l'origine d'un défaut ou d'une absence d'orientation adaptée. Le principal souhait qu'elles émettaient pour améliorer l'accès à l'IVG en ville était de développer l'information concernant l'existence d'un réseau de proximité de généralistes formés aux IVG médicamenteuses, chez lesquels les prises en charge peuvent être plus rapides.

A. À propos de la méthode

1) L'enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés

L'enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été préférée à la méthode par focus group en raison de la sensibilité du sujet. Nous avons privilégié l'intimité du cadre de l'entretien (au domicile de visu ou par téléphone, certaines préférant leur lieu de travail) afin que les femmes interrogées se livrent plus qu'au sein d'un groupe.

La saturation de données a été obtenue lors des 4 derniers entretiens.

Le choix du mode d'entretien a évolué au cours de notre travail. Se déplacer pour voir les patientes selon leurs disponibilités à Cannes et dans les villes alentours était très chronophage, certaines annulaient à la dernière minute ou n'étaient pas chez elle à l'heure du rendez-vous. Suite à l'entretien téléphonique avec une patiente ayant déménagé dans une autre région, nous avons constaté que l'entretien était d'aussi bonne qualité que les précédents, voir meilleur car la femme n'était pas gênée par l'intrusion d'une étrangère à son domicile et pouvait me contacter au moment où elle était le plus disposée pour discuter. Ainsi, les femmes étaient à l'aise pour présenter leur histoire et affirmer leurs idées.

La principale limite d'une enquête qualitative tient à l'impossibilité de généraliser à une population entière des données portant sur un nombre limité d'individus. Par contre, ce type d'étude est particulièrement adapté pour étudier l'aspect relationnel des soins et

permet d'explorer les émotions, les sentiments des personnes interrogées.

Une question fermée a été employée « quel a été le délai entre votre appel et le 1^{er} rendez-vous avec un médecin ? ». Bien qu'il s'agisse d'une question amenant à un résultat précis elle ouvrait la discussion à propos des délais de prise en charge.

2) L'échantillon

La sélection des femmes a fait l'objet d'un long débat entre mon directeur de thèse, un des médecins du département de santé publique et moi-même. Nous avons décidé d'interroger uniquement des femmes pouvant entrer dans le cadre de notre réseau pour limiter le biais de recrutement: celles suivies à l'hôpital de Cannes, celles suivies par les médecins généralistes et les gynécologues du réseau. Ceci peut constituer un biais de recrutement puisque l'offre de soins en terme d'IVG médicamenteuse s'étend aussi aux cliniques et aux Centres d'Éducation et de Planification Familiale (CEPF). Nous avons choisi des femmes d'âge, de statut socio-économique, de religion, de statut familial et de parité différentes afin d'être au plus près de la réalité.

3) La retranscription et l'analyse des données

La retranscription des 21h d'entretien sous Word puis la réalisation d'un arbre de codage évolutif effectué à l'aide du logiciel N'Vivo a permis de confirmer la mise en évidence de 6 grands thèmes approfondis grâce à la richesse des verbatims recueillis. Cette codification a été réalisée par une seule personne, il n'y a pas eu de triangulation des données ce qui peut représenter un biais.

B. À propos des résultats quantitatifs

1) L'échantillon

Nous avons recruté 24 patientes volontaires, chiffre calculé a priori, pour obtenir une saturation des données : un tiers par l'intermédiaire de 4 médecins généralistes du réseau, un tiers grâce à 3 gynécologues de ville et un tiers au travers du centre d'orthogénie du Centre Hospitalier de Cannes.

Les 24 entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés entre le 8 janvier 2014 et le 7 avril 2014. La durée moyenne des entretiens était de 15 minutes, avec un maximum de 31 minutes et un minimum de 10 minutes. Les 7 premiers entretiens ont été réalisés en face à face: 4 au domicile des patientes et 3 sur leur lieu de travail à leur demande. Les 2 entretiens

suivants ont été réalisés par téléphone car les patientes avaient déménagé l'une en Moselle, l'autre à Dijon. Par la suite, tous les autres entretiens ont été téléphoniques

2) Les caractéristiques de l'échantillon

Si dans un travail qualitatif l'échantillon ne doit pas obligatoirement être totalement représentatif de la population interviewée, dans notre travail cet échantillon est assez représentatif.

a) L'âge

L'âge moyen des femmes ayant subi une IVG en 2011 en PACA était de 27 ans (30 ans dans notre étude), le recours à l'avortement le plus fréquent à lieu entre 20 et 25 ans (entre 30 et 34 ans dans notre étude), l'âge médian est de 26 ans (30 ans dans notre étude). Dans notre étude, les femmes sont plus âgées. Les seuls chiffres concordants concernent la tranche d'âge de 18 à 34 ans qui représente les trois quarts des IVG. Cela s'explique par le fait que nous n'avons pas interrogé de mineure au CH de Cannes, choix délibéré de l'équipe de gynécologie, et pas de patientes provenant des CEPF qui sont en général plus jeunes que les femmes suivies par un gynécologue en ville.

b) L'activité professionnelle

La répartition de l'activité dans la population totale des femmes en âge de procréer est un peu différente de celle de notre population : 61 % de l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans ayant avorté ont un emploi, contre 79,1% des femmes dans notre étude; 11% sont au chômage contre aucune dans notre étude; 15% sont étudiantes contre 12,5% ; 8% de femmes au foyer contre 4,2% et 5% sont dans un autre cas contre 4,2% (invalidité). Le fort taux de femmes en activité dans notre étude est dû au fait qu'il n'y a pas de mineure et peu de femmes jeunes. Par contre le nombre d'étudiantes dans notre étude est proche.

c) La situation familiale

55 % des femmes vivent en couple dans la population totale des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans), c'est beaucoup moins que dans notre étude qui compte 75% de femmes vivant en couple. On peut retenir la même explication que précédemment, ceci est lié à un âge moyen de 30 ans dans notre étude.

d) Le nombre d'enfants

48% des femmes ayant avorté en 2011 en région PACA n'avaient pas eu de naissance auparavant, cela est proche de notre étude avec 45,8%. La répartition est naturellement fortement dépendante de l'âge de la femme. Plus elle est âgée, plus elle a eu de naissances. Ainsi, la part des femmes sans enfant passe de 90% avant 20 ans et 10% au delà de 40 ans en

PACA contre 100 % avant 20 ans à 0 % au-delà de 40 ans dans notre étude. Jusqu'à 25 ans, deux tiers en PACA n'ont pas eu de naissance, contre 83,3% dans notre étude. À partir de 27 ans, elles sont moins de la moitié en PACA à n'avoir pas eu de naissance, contre 33,3 % dans notre étude. Au delà de 30 ans, elles sont plus des 2/3 en PACA à déjà avoir, 1, 2, 3 enfants ou plus contre 91,7 % dans notre étude.

e) Le nombre d'IVG antérieures

Les femmes de la région PACA ont fait plus d'IVG que les femmes de notre étude, pour un peu plus de 60% des femmes il s'agissait de la première IVG contre 83,3% en PACA. Pour 25% il s'agissait de la 2^e contre 8,3% et pour 12,5% de la 3^e IVG ou plus contre 8,3%.

f) La distance du domicile

L'avortement se pratique en général dans un lieu proche du domicile. 99,5% des femmes des Alpes Maritimes se font avorter dans leur département.

g) Le lieu de l'intervention

Dans 68,5% des cas, l'intervention a lieu dans un établissement hospitalier public, 19,5% dans une clinique, 7% dans le cabinet du gynécologue et 5 % dans le cabinet du médecin. Cette répartition varie selon l'âge de la femme. A moins de 20 ans, elle se dirige principalement vers un établissement de santé. Le recours au cabinet d'un médecin de ville est très rare pour les mineurs (5%) et tend à augmenter avec l'âge, dépassant les 15 % au-delà de 35 ans. Dans notre étude nous avons le même nombre de femmes à l'hôpital, chez le médecin généraliste et chez le gynécologue de ville. On ne peut comparer les lieux d'interventions des femmes de notre étude avec celle de la région PACA. (12)

h) Le délai d'obtention du rendez-vous avec le professionnel réalisant l'IVG

Dans l'enquête de la DREES de 2007 auprès des femmes ayant recours à l'IVG (13) le premier rendez-vous est obtenu en moins de 5 jours dans 60 % des cas, en moins de 7 jours dans 80% des cas et seulement 5% ont attendu plus de 2 semaines. Toutefois, l'accès au premier rendez vous est plus rapide pour une IVG médicamenteuse : 70% des femmes ayant eu une IVG médicamenteuse ont eu leur premier rendez-vous dans les 5 jours, contre 42% pour une IVG chirurgicale. Le délai dépasse 1 semaine pour 30% des IVG chirurgicales contre seulement 10% des IVG médicamenteuses.

Nous avons mis en évidence dans notre étude que le délai d'obtention était le plus long à l'hôpital jusqu'à un maximum de 15 jours et le plus court chez le médecin généraliste avec une moyenne de 2 jours. Le délai chez le gynécologue de ville était intermédiaire.

Concernant les professionnels réalisant des IVG en établissement de santé, l'enquête de la DREES de décembre 2009 (56) va dans le sens de notre étude, avec des délais

hospitaliers supérieurs à 5 jours: en 2007, le quart des IVG ont été prises en charge dans les 6 jours suivant la première demande, la moitié dans les 8 jours et les trois quarts dans les 10 jours. Dans moins de 10 % des cas, le délai était supérieur à 15 jours.

C. À propos des résultats qualitatifs

1) Les difficultés rencontrées par les femmes

a) Lors de la recherche d'informations sur l'IVG

Dans notre étude, les premières informations que les femmes recherchaient étaient de savoir où réaliser leur IVG, sous-entendu chez quel médecin. Pour obtenir cette information, elles consultaient principalement internet mais elles n'obtenaient pas la réponse à cette question ou une réponse peu précise. Alors, elles se dirigeaient préférentiellement vers les professionnels de santé (gynécologue de ville, médecin traitant, hôpital ou PMI) pour obtenir des informations. Si elles souhaitaient rester discrètes, elles ne parlaient de leur grossesse qu'au professionnel de santé. Si elles avaient besoin de communiquer sur ce sujet difficile, d'obtenir un soutien dans leur démarche elles en parlaient avec leurs proches : leur famille représentée principalement par la mère et les sœurs, leurs amies et / ou le conjoint. Le conjoint n'est pas toujours consulté dans le choix de l'IVG. Les deux autres sources d'informations citées étaient l'éducation sexuelle au lycée, les brochures et livrets fournis par le professionnel de santé.

Dans l'enquête de la DREES de 2007 (13), on retrouve ces résultats de façon chiffrée. Au moment de la décision d'interrompre leur grossesse, plus de 30 % des femmes qui ont eu recours à l'IVG en 2007 dans la région PACA ne savaient pas où aller. Cette proportion est inférieure de près de 10 % à celle mesurée dans la région Ile-de-France et similaire à celle obtenue pour le reste de la Métropole. Plus d'une fois sur deux (57%), un professionnel de santé est la personne qui a permis d'orienter les femmes de PACA (comme du reste de la Métropole) qui ne savaient pas où aller pour interrompre leur grossesse. Les proches (amis, relations de travail,...) ou les membres de la famille sont ensuite les plus consultés avec respectivement 17 % et 16 % de citations. Plus la femme est âgée plus elle se dirigera vers un professionnel de santé, plus elle est jeune plus elle consultera sa famille. Pour la tranche d'âge la plus concernée par les IVG (20 à 24 ans), les amis ou les relations de travail ont renseigné la femme plus d'une fois sur quatre.

Sur internet les femmes utilisaient le moteur de recherche Google qui les dirigeaient vers des sites officiels tel que www.sante.gouv.fr, des sites de vulgarisation médicale tel que

www.doctissimo.fr et des forums de discussion pour connaître le vécu d'autres femmes. Les principales informations recherchées, autres que le lieu où réaliser l'IVG, étaient : les modalités de déroulement d'une IVG médicamenteuse, le mode d'action des médicaments et leurs effets secondaires, les délais pour pouvoir pratiquer l'IVG, mais aussi les expériences d'autres internautes. Les seules coordonnées qu'elles ont trouvées pour réaliser les IVG médicamenteuses étaient celles des cliniques ou des hôpitaux, certaines ont lu que des médecins de ville (gynécologues ou généralistes) pratiquaient les IVG en ville, sans jamais pouvoir trouver les coordonnées de ces médecins.

D'autres obstacles se sont présentés en terme de transmission de l'information. Au cours des entretiens différentes interrogations sont revenues plusieurs fois: pourquoi certains gynécologues de ville ne pratiquent-ils pas les IVG alors que leur formation le leur permet ? pourquoi n'y a-t-il pas plus de médecins généralistes pratiquant les IVG ? pourquoi certains planning familiaux ne prennent en charge que les mineures ? pourquoi, tandis que c'est une situation stressante où le temps presse, les médecins ne dirigent pas les femmes vers des collègues qui pourraient les prendre en charge ? pourquoi sont-elles parfois obligées d'insister pour obtenir les noms des médecins en ville auprès du secrétariat de l'hôpital ? Nos recherches bibliographiques permettent d'apporter quelques éléments de réponse à ces questions.

Pour les gynécologues, certains ne pratiquent pas les IVG pour des raisons de croyances personnelles appliquant la clause de conscience morale. Ils ont le droit de refuser de pratiquer une IVG mais ils ont l'obligation d'adresser leur patiente à un confrère. D'autres ne le font pas pour des raisons financières (dépassement d'honoraire interdit).

Concernant les médecins généralistes, une enquête qualitative réalisée en 2012 en région parisienne (57) a mis en évidence les principaux freins à leur pratique des IVG. Une procédure trop lourde, une prise de responsabilité trop importante, un système actuel de prise en charge considéré comme satisfaisant signent des a priori découlant d'une méconnaissance de la loi. Le manque de formation, la nécessité d'un réseau Ville-Hôpital renforcé sur le plan psycho-social sont des raisons plus légitimes mais améliorables. Enfin, le conflit éthique, la peur de la banalisation du geste ou encore l'identification du cabinet difficile à assumer sont des raisons intimes et non modifiables mais restent minoritaires. Ces freins expliquent en partie le fait que peu de médecins généralistes ont cherché à intégrer les réseaux d'IVG. Nombre d'entre eux, ne connaissent même pas l'existence de la loi de 2001 les autorisant à pratiquer les IVG médicamenteuses. N'ayant pas cette information, ils ne peuvent pas adresser les patientes à leurs confrères pratiquant les IVG.

À l'hôpital, toutes les secrétaires devraient avoir été formées pour recevoir les appels des femmes désirant une IVG. Elles devraient systématiquement leur proposer soit un rendez-vous à l'hôpital, soit la possibilité d'aller en ville et leur donner les noms des gynécologues ou médecins généralistes conventionnés avec l'hôpital.

Certaines femmes dans notre étude avaient reçues des informations sur l'IVG grâce à l'éducation à la sexualité enseignée au lycée, une seule s'en est plainte car elle trouvait que cela incitait à la débauche. Nous discuterons de ce cas dans le paragraphe « poids de la culture musulmane ». Les femmes qui n'ont pas reçu d'éducation à la sexualité au lycée, trouvaient qu'il fallait favoriser ce genre d'enseignement. En effet, depuis la loi du 4 juillet 2001, l'éducation à la sexualité à l'école est devenue une obligation légale et énonce « une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois heures annuelles et par groupes d'âge homogène » (article L 312-16 du Code de l'éducation). Les nombreuses initiatives médicales et paramédicales restent fragmentaires jusqu'à présent par l'absence de volonté réelle au niveau des établissements scolaires qui ne se sentent pas obligés, pour des raisons obscures, de mettre en œuvre la loi. On ne peut pas dire que la France se soit dotée d'un véritable programme de prévention de l'IVG chez les jeunes et le résultat négatif de ce constat est l'augmentation des IVG chez les mineures à hauteur de 1% à 2% de plus chaque année. L'exemple dans ce domaine est donné par les Pays-Bas qui instaurent, sous l'égide des maîtres d'école préparés à cette fonction, une discussion sur les thèmes de la sexualité dès les classes de cours moyen, et cela chaque année. Il devient dès lors normal pour les enfants de parler de sexualité avec des adultes et la part d'angoisse liée à cette démarche diminue. Cette part d'angoisse est en revanche à son comble quand on attend la puberté pour réaliser ce type d'entretien. (58)

L'étude sur les aspects éthiques et médico-légaux de l'IVG, de janvier 2009 (58) nous donne les éléments de compréhension sur les motifs de la mauvaise information des jeunes sur la sexualité en France. Quatre acteurs peuvent jouer un rôle dans cette information: les parents, les enseignants, le corps médical et les structures sociales de prévention. Dans notre culture latine, ni les parents, ni les enseignants désignés par les parents comme responsables de l'éducation de leurs enfants ne sont les mieux à même d'avoir des entretiens qui pourraient éveiller les enfants au risque de grossesse. Le médecin de famille (connu par l'enfant) est rarement consulté dans ce contexte essentiellement et ce pour trois raisons : les jeunes ignorent l'existence du secret professionnel et redoutent que le médecin de famille parle aux parents de leur sexualité naissante ; elles ne peuvent disposer de

l'argent nécessaire pour payer une consultation médicale, si modique soit-elle ; elles redoutent par-dessus tout l'examen gynécologique malheureusement souvent imposé par des médecins insuffisamment formés à la contraception de l'adolescente. Les établissements scolaires, sous couvert de la prévention des maladies sexuellement transmissibles, se sont plus ouverts aux interventions des professionnels de santé et les parents d'élèves accueillent de mieux en mieux ces interventions pour l'information de leurs enfants.

Le type de message transmis par les médecins, les sages-femmes, les infirmières, qui participent à des programmes scolaires comme Info-ado ou le Planning familial, a donc été soigneusement élaboré pour éviter trois écueils : celui de venir enseigner une technique ; celui de prétendre réaliser « une éducation sexuelle » au lieu d'une information sur la sexualité et sur les rapports entre les sexes ; celui de ne présenter la sexualité que sous la forme des risques auxquels elle expose. Le discours se veut humaniste : replacer la relation sexuelle dans le contexte amoureux qui est le sien surtout chez les jeunes ; évoquer les différences de modalités de séduction entre garçons et filles et valoriser le consentement mutuel ; faire apparaître la prise de responsabilité en matière sexuelle comme étant un signe de maturité ; aborder de manière informative (voire médicale) les sujets qui intéressent les jeunes tels que l'homosexualité, la masturbation, la jouissance sexuelle, la virginité, les violences sexuelles et l'inceste.

Ces interventions sont complexes (et ne se réduisent pas à une simple approche technique de contraception ou de prévention des MST). Elles nécessitent une réelle formation pour ceux ou celles qui ont le goût d'informer et ne se sentent pas gênés de parler de sexualité devant des classes d'adolescents et de répondre à des questions parfois délicates. Il est bien sûr très difficile de chiffrer l'impact réel de telles actions, mais la simple observation de l'origine scolaire des jeunes filles qui sollicitent une IVG confirme un réel impact de ce type de programme.

Le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS) a un programme d'éducation à la vie affective et sexuelle en direction des jeunes lycéens et apprentis de la région. Ce programme, financé par le Conseil régional, représente plus de 450 interventions par an et bénéficie à plus de 9000 jeunes. Il est basé sur des interventions qui abordent toutes les questions relatives à la sexualité, à la fois le plaisir, le désir, la sexualité, l'amour, la contraception et le Sida bien sûr mais pas uniquement (11).

À propos des jeunes femmes ayant reçu cette information sur la sexualité durant leurs études, notamment les infirmières, malgré une connaissance du déroulement de l'IVG, le fait de se retrouver face à une grossesse non désirée est absolument déstabilisant. Une

des femmes interviewées, a été bouleversée par les conseils qu'elle a reçus sur une plateforme téléphonique, censée l'accompagner dans sa démarche. Au contraire de ce qu'elle attendait, le discours était culpabilisant et allait dans le sens de poursuivre sa grossesse.

Un article du Monde, daté du 22 janvier 2014, met en garde contre les liens vers des sites dédiés à l'IVG qui ne sont pas des sites officiels. En effet, comme l'indique le titre de cet article, les anti-IVG pratiquent la désinformation sur le Web, et sous des apparences d'objectivité et de neutralité, leur contenu véhicule en fait une propagande anti-IVG avec des témoignages essentiellement négatifs sur l'IVG mais positifs pour celles qui « l'ont gardé ». La partie médicale de l'article n'évoque que les « dangers » de l'IVG sous toutes ces formes. (55).

b) Lors de la prise du premier rendez-vous : délai et contact avec le secrétariat

Dans notre étude, le délai pour obtenir un rendez-vous est toujours plus court chez le médecin généraliste qu'à l'hôpital où il est très long. La distance des rendez-vous éloignés crée de l'inquiétude chez les patientes qui voient le délai limite de l'avortement médicamenteux se rapprocher. Les deux critères de choix du lieu de l'IVG étaient la proximité du domicile et la rapidité de prise en charge. Les femmes ayant contacté l'hôpital et n'ayant eu un rendez-vous que tardivement, pouvaient, lorsque la secrétaire donnait les coordonnées, choisir un médecin généraliste en ville proche de chez elle et qui la prendrait en charge plus rapidement. Si elles préféraient une prise en charge hospitalière, mais que le délai d'attente du rendez-vous et la semaine de réflexion risquaient de faire dépasser le délai de la méthode médicamenteuse, les secrétaires proposaient aux patientes d'aller chez leur médecin traitant demander un courrier pour débiter la semaine de réflexion au plus tôt.

Les patientes qui avaient pour certaines beaucoup d'appréhension, de culpabilité de demander une IVG ont apprécié l'accueil des secrétaires qui possédaient les qualités d'accessibilité, courtoisie, professionnalisme, neutralité et de bonne orientation vers les professionnels. Nous n'avons retrouvé aucune étude concernant le contact des femmes demandeuses d'IVG avec le secrétariat d'un professionnel de santé.

c) Lors du contact avec le professionnel pour l'aide au choix de la méthode

Dans notre étude, les femmes ont insisté sur la relation de confiance entre elle et leur médecin. Les femmes qui sont allées voir leur médecin généraliste lors de la découverte

de leur grossesse non désirée y sont allées principalement pour savoir où réaliser leur IVG et elles ont été orientées soit vers un confrère généraliste, soit vers l'hôpital, ou elles y sont allées pour obtenir un courrier de « début de délai de réflexion » en attendant d'avoir leur rendez-vous chez le gynécologue de ville ou l'hôpital. Elles se sont considérées comme avantagées lorsque leur médecin généraliste pratiquait les IVG ou s'il était dans un cabinet de groupe avec un autre médecin les pratiquant.

Les femmes qui avaient un suivi gynécologique en ville, se sont dirigées vers leur gynécologue habituel et n'ont pas rencontré de difficulté pour trouver où réaliser leur IVG médicamenteuse sauf deux d'entre elles qui ont préféré changer de gynécologue pour leur avortement car elles avaient eu un mauvais contact avec celui-ci. Certains gynécologues en ville ou à l'hôpital, ont demandé des dépassements d'honoraires pour les IVG bien que la loi stipule que les dépassements d'honoraires pour l'acte FHV/FMV ne sont pas autorisés. Ceci a beaucoup interpellé les patientes, mais l'une étant dans l'urgence et n'ayant pas le temps de contacter un autre médecin n'a pu refuser.

L'enquête de la DRESS de 2007 (13) indique que dans 66 % des cas, le premier contact a été un médecin de ville et une fois sur deux, c'est leur médecin généraliste ou leur gynécologue habituel. Cette proportion augmente avec l'âge de la femme. Le recours à un centre de planification familiale ou un centre de PMI concerne 16 % de l'ensemble des femmes, mais un tiers des moins de 20 ans.

Dans notre étude, nous n'avons pas mis en évidence de nette différence de choix du professionnel de santé selon l'âge des patientes. La moyenne d'âge des femmes ayant eu recours à un gynécologue était de 29,8 ans, de 28,1 ans pour celles allant à l'hôpital et de 33,6 ans pour celles allant chez le généraliste. Les femmes qui ont été à l'hôpital n'avaient pas plus de 34 ans.

En région PACA, le recours à un gynécologue non habituel est plus fréquent, 13 % contre 8 % dans le reste de la France. L'abondance de l'offre ambulatoire dans cette région peut favoriser ces différences de comportement. Pour près de 35 % des femmes, le premier professionnel contacté est celui qui a réalisé l'IVG une fois sur cinq. 60 % des femmes ont été réorientées par le premier professionnel contacté vers un autre professionnel ou un centre d'IVG.

Dans le rapport de NISAND de 1999, puis dans l'enquête de BAJOS et FERRAND en 2002 (59) des dysfonctionnements dans l'organisation de l'accueil des femmes faisant une demande d'IVG avaient été mis à jour. Ils soulignaient déjà des délais d'attente pour la première consultation trop longs (60) et l'incidence de l'attitude du premier interlocuteur

sur la prise en charge. Si ce dernier laissait la patiente contacter seule la structure adéquate ou le professionnel intervenant pour l'étape ultérieure, les délais de rendez-vous s'allongeaient. Si, de plus, il n'était pas très au fait des démarches ou faisait ressentir sa réprobation quant à la demande, il pouvait introduire de l'angoisse. Les résultats de cette enquête révèlent que persiste une certaine stigmatisation de la pratique de l'avortement par les soignants. Une explication partielle de ce ressenti peut être attribuée à une culpabilité de la femme à se retrouver enceinte sans l'avoir prévu. Un travail sur cette culpabilité est rendu possible par une prise en charge par un psychologue. Les paroles échangées, la qualité d'écoute du praticien sont des conditions essentielles pour que la proposition d'entretien avec un psychologue soit suivie d'effet. Le lien de collaboration étroite du médecin avec le professionnel qualifié pour cet entretien est capital. Le travail du psychologue en lien avec les médecins généralistes et les gynécologues permet une meilleure compréhension des demandes d'IVG qui n'ont pas de justification consciente « acceptable ». (58)

Notre étude a souligné l'importance du premier contact avec le professionnel, c'est celui qui met en confiance, qui guide, accompagne dans les démarches. Les femmes attendaient toutes les mêmes qualités chez un professionnel. Il devait prendre du temps pour les écouter, les informer de façon précise, les conseiller, les réconforter dans leur choix, les rassurer, leur laisser le temps de la réflexion. Elles appréciaient aussi qu'il propose un entretien avec un psychologue. Il était très important pour elles de se sentir considérées individuellement et non pas comparées aux autres femmes pratiquant des IVG. Quand le professionnel ne présentait pas toutes ces qualités, les patientes étaient angoissées et vivaient mal leur avortement. Certaines ayant présentées un échec d'IVG se sont senties abandonnées par le médecin généraliste dans la suite de leur prise en charge. L'échec est un 2^e traumatisme pour la femme, et il faut dans ce cas vraiment encadrer son parcours afin qu'elle perde le moins de temps possible pour réaliser le curetage et il faut aussi leur proposer un nouvel entretien avec un psychologue. En effet, lorsque l'IVG a échoué, certaines s'imaginent un embryon qui « s'accroche et résiste ». Le professionnel doit chercher à comprendre quelles sont les causes psychologiques (ex : désir de grossesse refoulé ?) et techniques (ex : échec de contraception) de cette grossesse, sans être stigmatisant ou accusateur, et essayer d'aider la femme et de trouver avec elle la contraception la plus adaptée.

La majorité des patientes de notre étude a eu le choix de la méthode car elles étaient à moins de 9 SA. L'enquête de la DREES de 2007, montrait qu'au niveau national, 48 % des femmes n'ont pas eu le choix de la technique de l'IVG (médicale ou chirurgicale) et 56 % de

celles-ci expliquent cela par un avancement trop important de la grossesse. En France, 85 % des femmes ont eu le choix du lieu de l'intervention, 41% expliquent leur choix par la proximité géographique, 33% la rapidité de la prise en charge, 25% le conseil donné par le premier professionnel contacté et 23% la qualité de l'accueil. 15 % des femmes n'ont pas pu choisir le lieu de réalisation de l'intervention soit par manque de place soit parce qu'on ne leur a pas laissé le choix (13).

Dans notre étude, le choix de la méthode médicamenteuse était motivé par le caractère non invasif de la méthode et le cadre intimiste, confidentiel principalement. La majorité des patientes ont fait le choix de cette méthode elles-mêmes : quelques-unes n'avaient pas d'avis et ont suivi les conseils de leur gynécologue dont une a été dirigée directement vers une IVG chirurgicale. Très peu de patientes ont regretté leur choix : l'une en raison d'un échec de la méthode, l'autre a estimé que les souffrances physiques et psychologiques de l'avortement au domicile étaient trop importantes.

Dans l'enquête de la DREES en 2007, en région PACA, un peu moins de 10 % des femmes déclarent ne pas avoir eu d'informations sur leur IVG et les IVG en général lors du premier rendez-vous tandis que huit femmes sur dix déclarent avoir reçu des informations sur les différentes méthodes d'IVG lors de leur premier rendez-vous, elles sont un peu moins de sept sur dix à avoir reçu une documentation écrite sur l'IVG (dossier guide IVG). Enfin, six sur dix ont été informées qu'il était possible d'avoir un entretien avec une conseillère conjugale, une assistante sociale ou une psychologue et parmi elles, environ une sur deux a rencontré une de ces personnes. Au total, environ 8 % de femmes ont déclaré n'avoir reçu aucune information que ce soit sur les différentes méthodes d'IVG, le dossier guide IVG ou sur l'entretien.

d) Concernant la prise en charge psychologique

Les gynécologues de ville proposent peu aux patientes la consultation avec un psychologue, de même que les médecins généralistes mais ceux-ci prennent d'avantage de temps pour aborder les circonstances de la demande d'IVG et n'hésitent pas en cas de difficulté à proposer l'aide du psychologue.

L'enquête de la DREES de 2009 montre que les entretiens psychologiques à l'hôpital sont rarement systématiques : 48 % des établissements du secteur public continuent de le proposer systématiquement aux femmes majeures. Lorsqu'aucun entretien n'est prévu au sein de la structure, 5% des établissements proposent systématiquement un entretien hors de l'établissement et 44 % le proposent en fonction de la situation. Au total, 16 % des structures ne proposent aucun rendez-vous aux femmes, même en dehors de

l'établissement.(56)

Le plus souvent le praticien apprécie le degré d'anxiété, le contexte psychologique et l'environnement de la patiente pour l'orienter. Le praticien doit être dans une démarche d'écoute et prendre du temps pour que la patiente élabore et exprime ses pensées, ce qui n'est pas toujours facile en raison de journées de consultation souvent surchargées. Les entretiens révèlent que si le médecin juge la femme déterminée et que son choix est indiscutable, il lui propose l'IVG médicamenteuse sans soutien psychologique ; s'il juge qu'elle n'est pas sûre de son choix, il lui laissera du temps et lui conseillera de voir un psychologue, acceptant un dépassement des délais pour la méthode médicamenteuse ; s'il juge qu'elle est trop fragile ou isolée pour réaliser l'IVG à domicile, il lui proposera l'entretien avec un psychologue et une IVG chirurgicale sous AG.

Si de nombreuses patientes critiquent la durée et l'intérêt du délai de réflexion, il est absolument nécessaire pour certaines patientes de leur donner le temps de choisir tant l'avortement que la méthode. Ainsi, toutes les demandes d'IVG ne se sont pas concrétisées et certaines ont fait le choix de poursuivre leur grossesse. Le recours à une IVG peut entraîner des séquelles psychologiques et justifie l'intérêt d'un entretien psychologique avant et après pour celles qui le désirent. Les perturbations psychiques lors d'une IVG sont cliniquement proches de traits dépressifs. L'analyse de la psychanalyste Marie-Magdeleine LESSANA, membre de l'école freudienne de Paris et fondatrice de l'école lacanienne de psychanalyse, décrit des « états opaques muets » : comme une « impression de vide », d'être « une enveloppe », « un tas de chair », des « états d'accablement sourd », sans paroles, « déshabités de toute envie ». L'auteur a repéré que ces signes se manifestaient durant les mois correspondant au déroulement qu'aurait eu la grossesse (61). Les plaintes somatiques et les désordres émotionnels ont également été analysés par COLEMAN. Il note une augmentation par rapport à la population générale des revendications et des plaintes relatives à la santé mentale chez les femmes ayant eu une IVG dans leurs antécédents (62). Selon les résultats de ces études, l'angoisse des femmes est plus fréquente avant l'IVG qu'après celle-ci. Ce constat confirme la difficulté d'un tel choix. Même si la raison l'emporte, la part émotionnelle reste ébranlée. Les perturbations psychiques chez les femmes sont plus fréquentes chez celles qui désirent cette grossesse et qui ne peuvent la conserver pour des raisons qui leur sont extérieures (célibat, mauvaises conditions socioéconomiques, etc.). L'isolement familial et affectif est un facteur aggravant sur le plan psychologique. Les plaintes somatiques sont souvent banalisées lors de la consultation de contrôle. Ces manifestations psychosomatiques persistent à plus long terme et seront

souvent prises en charge par le médecin généraliste. Les difficultés ressenties par les femmes reposent aussi sur le fait que l'avortement reste, dans les mentalités, une tolérance à l'instar d'un droit.

La loi 2001 prévoit que l'entretien pré-IVG doit être systématiquement proposé à toutes les femmes, et reste obligatoire chez les mineures. Il visait à explorer les difficultés de la femme. Son caractère obligatoire était lié à son rôle de garant de la détresse justifiant la demande, mais aussi à la tentative de dissuasion de la femme. Au départ conçu et vécu comme une contrainte culpabilisante, il a aussi été utilisé comme un temps de sermon moralisateur ou comme une formalité, selon les professionnels. Puis, l'entretien a pris peu à peu la forme d'un entretien d'écoute et de soutien. Analyser avec la femme les mobiles subjectifs de cette grossesse permet de « dévoiler les passages » (61), procure un soulagement de la culpabilité et aide à la décision. L'entretien se révèle dans cette optique une « chance pour saisir le vrai » qui peut être considérée comme une prévention de la dépression. En effet, l'entretien mené par un psychologue donne au sujet l'occasion de s'exprimer à propos de cet événement-là. La grossesse n'est pas considérée sur le plan anatomique, mais comme un signe produit par le sujet qui parle. Par la parole, le psychologue permet de travailler la dimension symbolique d'une IVG.(58)

e) Concernant le post-IVG et les échecs d'IVG médicamenteuse

On retiendra de notre étude qu'en cas d'échec de la procédure, la femme se trouve dans une situation très inconfortable. D'une part, elle devra subir soit une nouvelle prise de mifépristone à l'origine d'un nouvel épisode de douleurs, soit un curetage, ce qu'elle souhaitait éviter à l'origine. D'autre part, elle se trouve dans une situation angoissante liée à la peur de ne plus être dans les délais, l'attente du curetage, les symptômes de la grossesse très mal supportés, la mentalisation du fœtus qui « s'accroche et ne veut pas partir ». Pendant cette période la femme a besoin de se sentir soutenue, accompagnée, guidée par le médecin dans ses démarches. Celui-ci peut proposer, à nouveau, un entretien avec un psychologue.

Une des femmes interrogées a très mal vécu le post-IVG, la prise en charge de son échec d'avortement médicamenteux ayant été très déficiente. Les défauts mis en évidence étaient les suivants : le médecin généraliste ayant réalisé l'IVG médicamenteuse n'a pas assuré l'accompagnement de la patiente, n'a pas su la soutenir, n'a pas su contacter le service de gynécologie, et n'a pas rappelé pour connaître le déroulement de l'intervention. Elle a eu des difficultés pour contacter le secrétariat et obtenir un rendez-vous avec une personne réalisant les IVG chirurgicales, enfin elle a reçu un accueil stigmatisant par le

gynécologue de l'hôpital et a multiplié les interlocuteurs pour obtenir son curetage. Cette mauvaise prise en charge peut être expliquée par le fait qu'elle a été la première patiente demandeuse d'IVG au médecin suite à sa formation. La formation a-t-elle été insuffisante pour ce médecin ? Cela révèle que le parcours doit être standardisé en cas d'échec. Le médecin aurait dû lui-même contacter l'hôpital et prendre rendez-vous pour la patiente, il aurait dû lui proposer un nouvel entretien psychologique, et aurait dû lui proposer un rendez-vous à la suite du curetage, de cette façon-là, la patiente se serait sentie accompagnée dans ses démarches et rassurée.

Dans le post IVG, certaines femmes auraient aimé avoir un rendez-vous de contrôle plus tôt car les 15 jours d'attente ont été perçus comme long lorsqu'elles avaient un doute sur la réussite de l'IVG. Celles ayant eu un échec de l'IVG médicamenteuse auraient aimé avoir un curetage le plus rapidement possible après la découverte de cet échec. Elles évoquent la difficulté de supporter les symptômes persistants de la grossesse ou/et de porter en elle « quelque chose » qu'elles ne veulent pas.

f) Concernant la prescription de contraception

Dans notre étude, peu de femmes ont parlé spontanément de leur contraception avant l'IVG et de celle prescrite après l'IVG. Les principaux problèmes de contraception qu'elles ont évoqués étaient une mauvaise observance de la pilule oestro-progestative soit par oubli soit par méconnaissance du mode de prescription, une rupture du préservatif, un échec des méthodes naturelles. Une patiente a fait remarquer qu'elle n'avait eu aucune prescription de pilule et aucune information sur la contraception en général, après son curetage. L'IVG est une occasion obligée de refaire le point sur la contraception, d'adapter la méthode contraceptive au mode de vie.

La situation française se caractérise par un taux de couverture contraceptive élevé : la proportion de femmes ayant une activité sexuelle qui n'utilisent pas de contraception alors qu'elles ne souhaitent pas avoir d'enfant est faible : au-dessous de 5 %. La pilule est le moyen le plus utilisé (60%), suivie du stérilet (23%), puis du préservatif (10%) (63).

L'enquête de la DREES de 2007 auprès des femmes ayant recours à l'IVG en région PACA (13) révèle que l'oubli de la pilule explique la grossesse dans 23% des cas ; l'erreur dans le calcul des dates, l'absence de contraception ou l'échec de la méthode de retrait sont ensuite les trois raisons les plus fréquemment évoquées avec chacune près de 20% de citation ; et un oubli ou un problème de préservatif expliquerait 15% des grossesses non désirées.

Selon l'enquête de la DREES, 28 % des femmes de PACA, aucune méthode

contraceptive ne leur a été prescrite au cours des consultations préparatoires à l'IVG. Cette proportion est inférieure à celle du reste de la France métropolitaine (hors Ile-de-France et PACA); elle est deux fois moindre dans la région Nord-Pas-de-Calais. Parmi les femmes qui utilisaient une méthode contraceptive médicale avant leur grossesse, un tiers déclare ne pas avoir eu de prescription lors des différentes consultations pré-IVG. Les autres femmes déclarent sept fois sur dix une modification de leur méthode contraceptive (utilisation d'une méthode médicale). Chez les moins de 20 ans, plus de huit jeunes femmes sur dix repartent après leur IVG avec une prescription (ou conseil) pour la pilule et une sur dix pour un contraceptif à longue durée d'action (implant). Au final, elles sont plus d'une sur deux à avoir eu une prescription pour la pilule alors qu'elles étaient seulement une sur cinq à l'utiliser avant leur grossesse. Les autres méthodes médicales type stérilet, patch, anneau ou autres contraceptifs d'action prolongée sont prescrites pour une femme sur cinq alors qu'elles étaient marginalement utilisées avant (4 %).

Les résultats précédents issus des déclarations des femmes avant leur IVG sont à relativiser et à comparer avec les déclarations faites par les médecins. En effet, pour les médecins, 96 % des femmes ont eu une contraception prescrite ou conseillée après l'IVG. Pour 70 % d'entre elles, c'est la pilule qui est prescrite ou conseillée. Le stérilet vient ensuite (15 %). Dans les autres régions hors Ile-de-France, la situation est identique mais les prescriptions pour pilule sont moins nombreuses. Elles se font plus en faveur du stérilet (19 %) ou d'autres méthodes médicales. Ainsi, dans la région Nord-Pas-de-Calais, les médecins semblent prescrire près de deux fois plus le stérilet (28 %) après l'IVG que dans la région PACA.

« Très peu de femmes, jeunes et moins jeunes, utilisent l'implant, l'anneau vaginal ou encore le patch contraceptif, qui sont pourtant des moyens de contraception moins astreignants au quotidien que la pilule. De même, peu savent que le stérilet est utilisable chez les jeunes femmes, même si elles n'ont pas encore eu d'enfants. Problème : aujourd'hui, seuls les stérilets, les pilules de deuxième génération et les implants sont remboursés, à l'inverse des anneaux, patchs et préservatifs, masculins ou féminins. Le remboursement n'est donc pas neutre et oriente la demande et la prescription, tout en excluant l'accès à certains produits, pourtant très efficaces et peu invasifs, pour les plus défavorisés et les plus jeunes », dicit Dr Jean-Philippe Rivière, en discussion sur le forum <http://www.doctissimo.fr>, source fréquente d'information des patientes, et référencée en première et deuxième position lors de la recherche « IVG médicamenteuse » sur Google.

72% des femmes ayant eu recours à une IVG déclarent prendre une contraception,

dans 42 % des cas cette contraception reposait sur une méthode médicale théoriquement très efficace (pilule ou stérilet). Ces échecs reflètent une inadéquation des méthodes et pratiques contraceptives : sortir du tout pilule est primordial. Les médecins doivent maîtriser et apprendre à prescrire d'autres moyens de contraception que la pilule. Ainsi, dans le rapport IGAS de 2009 concernant l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001, la mission recommande de diversifier et d'adapter la couverture contraceptive en fonction des besoins et modes de vie des utilisatrices/eurs, de promouvoir les méthodes moins sujettes aux problèmes d'observance que la contraception orale hormonale, d'anticiper et de mieux gérer par la contraception d'urgence les inévitables accidents de parcours contraceptifs, en incluant dans cette perspective les nouveaux produits mis sur le marché, qui tolèrent des délais plus importants. La mission formule par ailleurs des recommandations pour assurer dans les faits un accès gratuit et confidentiel des jeunes au conseil ainsi qu'à la prescription et à la délivrance des produits contraceptifs (64) (63).

Pour faciliter l'accès à la contraception, la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 et le décret d'application n°2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une IVG et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures, garantissent le secret de la délivrance et de la prise en charge des contraceptifs pour ces jeunes filles. Elle instaure aussi pour les jeunes filles âgées d'au moins 15 ans le tiers-payant sur la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie (part obligatoire) pour les consultations et les examens biologiques nécessaires à la contraception, et pour les actes donnant lieu à la pose, le changement ou le retrait d'un contraceptif ; et le remboursement à 100 % des contraceptifs remboursables délivrés en pharmacie, sur prescription médicale (spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux). Enfin, en application de l'article L.5134-1 du code de la santé publique, la jeune fille mineure n'a pas à obtenir le consentement de ses parents pour la prescription, la délivrance ou l'administration (prise de la pilule ou pose d'un stérilet) de contraceptifs. Dans chacune de ces situations, les professionnels de santé sont tenus au secret médical.

Ainsi, dans notre pays, le rôle de l'avortement est plus palliatif d'échec de contraception que substitué à celle-ci. Pour la très grande majorité des femmes, le recours à l'avortement est accidentel et unique. L'IVG en France n'est donc pas un moyen de contraception, même pour les femmes qui y ont recours plusieurs fois dans leur vie. Si la

libéralisation de l'avortement n'a pas produit d'augmentation des IVG, la diffusion large, en revanche, d'une contraception médicalisée et efficace n'a pas fait diminuer aussi rapidement qu'on aurait pu l'espérer le nombre d'avortements. « Il n'y a pas de contradiction entre une pratique contraceptive rigoureuse et répandue et une résistance à une baisse rapide du nombre des avortements. Une grossesse refusée n'est pas nécessairement le fruit d'une conception involontaire ; elle peut résulter d'une pression de l'entourage à laquelle la femme a finalement cédé » (65). Contraception et avortement ne s'opposent donc pas toujours nécessairement.

2) Les propositions des femmes pour améliorer l'accès à l'IVG médicamenteuse en ville

a) La connaissance du réseau ville – hôpital

Nous avons relevé qu'avant de tomber enceinte ou de faire des recherches sur l'avortement, seulement une femme était au courant de la possibilité de consulter un médecin généraliste pour réaliser l'IVG médicamenteuse. La moitié des femmes a été informée dès le début de leur démarche d'IVG de l'existence d'un réseau de médecins généralistes habilités à la pratique de l'IVG médicamenteuse. Certaines ont été adressées directement par l'hôpital vers les médecins généralistes compte tenu du délai d'attente du premier rendez-vous. Certaines ont demandé à leur médecin traitant vers qui se diriger, travaillant en cabinet de groupe, ils les ont adressé à leurs confrères pratiquant ces IVG. Certaines femmes ont cherché sur internet pour trouver les coordonnées des médecins et d'autres l'ont appris par leur entourage. Nous avons informé les autres femmes (moins de la moitié), à la fin de l'entretien, de l'existence du réseau médecin de ville / hôpital.

Dans la thèse de CHEFEG BEN AISSA, BROCAIL et COTTET, de 2013 (57), l'enquête prospective auprès des patientes révèle que 44% des femmes interrogées n'ont pas parlé de leur grossesse actuelle à leur médecin (taux de réponse de 29.8%). 30% d'entre elles auraient réalisé leur IVG chez leur médecin généraliste si celui-ci effectuait cet acte. Les femmes ayant parlé de leur IVG avec leur médecin sont plus enclines à réaliser cet IVG avec celui-ci que les femmes n'en ayant pas parlé ($p < 0.05$).

Par ailleurs, une étude prospective sur 433 patientes en 2005 sur l'efficacité et l'acceptabilité de l'IVG par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville–hôpital montrait que 96,2 % jugent que le déroulement de l'IVG était globalement acceptable mais les questionnaires sur l'acceptabilité ont été récupérés seulement chez 26 % des patientes (51).

Dans notre étude, la majorité des femmes a fait des recherches sur internet, mais

trop peu ont trouvé que les médecins généralistes pratiquaient les IVG et aucune n'a trouvé leurs coordonnées. Même les médecins traitants, s'ils n'avaient pas d'associé appartenant au réseau, n'étaient pas nécessairement au courant que certains de leurs confrères pratiquaient les IVG. Globalement les patientes ayant eu recours à un médecin généraliste pour leur IVG étaient satisfaites sauf deux. Même celles qui préféraient être prises en charge par leur gynécologue habituel ou celles rassurées par une prise en charge hospitalière étaient favorables à un accès à l'IVG via les médecins généralistes. Les arguments avancés par les femmes qui s'étaient dirigées vers le médecin généraliste étaient un sentiment de protection, de bienveillance, et elles n'auraient pas su vers qui d'autre se tourner s'il n'avait pas été là. Globalement la diversification de l'offre de soins permet à chaque femme de trouver le parcours qui lui correspond le mieux, mais pour cela, il faudrait qu'elles soient informées des différents parcours possibles.

b) Ce que nous apprend la littérature

Dans le rapport IGAS de 2009 sur l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001, plusieurs objectifs visant à renforcer l'approche préventive et réorienter l'effort de prévention vers les modalités les plus efficaces pour diminuer le nombre de grossesses imprévues ressortent:

- améliorer l'information et l'éducation sexuelle dès le plus jeune âge en donnant une impulsion à la mise en œuvre des dispositions prévues par la loi, dans les établissements scolaires, développer des actions d'accompagnement dans les lieux extra-scolaires et en direction des populations en situation difficile,
- assurer un accès gratuit et confidentiel des jeunes au conseil ainsi qu'à la prescription et à la délivrance des produits contraceptifs (loi mise en place par le décret n°2013-248 du 25 mars 2013), au long cours et d'urgence,
- diversifier et adapter la couverture contraceptive en fonction des besoins et modes de vie des utilisatrices/teurs, promouvoir des méthodes moins sujettes au problème d'observance que la contraception hormonale orale, anticiper et mieux gérer par la contraception d'urgence les inévitables accidents du parcours contraceptif,
- développer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les sujets de la maîtrise de la fécondité et de la santé sexuelle et reproductive,
- inscrire l'orthogénie comme une activité médicale à part entière.

Si l'approche préventive est développée grâce aux nouvelles directives, il ne faut pas oublier de favoriser l'accès sur le terrain. De nombreuses études et la nôtre ont montré que les femmes ne savaient pas où aller en cas de grossesse non désirée. Si on veut que les

femmes puissent profiter pleinement de cette offre de soins auprès des médecins généralistes, il faut améliorer la communication pour qu'elles aient connaissance de cet accès à l'IVG.

Les raisons invoquées par les médecins pour pratiquer des IVG dans leur cabinet sont la volonté d'aider les femmes, de faciliter leur accès à l'IVG et de réduire les délais souvent trop longs à l'hôpital (56), cependant tous les médecins ne se sentent pas impliqués dans la prise en charge des IVG. 77 % des praticiens effectuant des IVG dans leur cabinet en ville sont des gynécologues, les autres sont des généralistes.

Ces dernières années différentes circulaires ont encouragé les Agences Régionales de Santé (ARS) et les directeurs d'établissements à améliorer les conditions de réalisation de l'IVG, à favoriser la complémentarité de l'offre en établissement de santé et en médecine de ville et à renforcer l'efficacité des permanences régionales téléphoniques d'information relative à l'IVG. Cependant, en 2007, les deux tiers des établissements du secteur privé et le tiers des établissements du secteur public déclarent qu'ils ne travaillent en relation ni avec la permanence régionale, ni avec un centre de planification familiale ou un autre organisme comme l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC). 25 % des structures du secteur privé et 41% de celles du secteur public ont conclues des conventions avec des médecins pour la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville. Et seulement un tiers de ces établissements ont organisé des sessions de formation au cours des 12 derniers mois. Le nombre de médecins ayant signé une convention sans qu'elle se traduise par une pratique d'IVG en cabinet est important : sur les 430 médecins conventionnés de l'enquête, 9 % déclarent n'avoir pratiqué aucune IVG dans leur cabinet et 19 % ne répondent pas à cette question (56).

c) Les attentes des femmes au cours de l'entretien

Les qualités humaines (empathie, soutien moral, écoute attentive) et les compétences médicales du professionnel de santé, le raccourcissement des délais d'attente du 1^{er} rendez-vous et du délai de réflexion, et la diminution du nombre de consultation pré-IVG font partie des attentes exprimées par les femmes pour améliorer la prise en charge de l'IVG médicamenteuse.

Celles pour améliorer l'accès à l'IVG sont les suivantes:

- accroître l'offre de soins : en faisant connaître à tous les médecins généralistes l'existence d'un réseau d'IVG médicamenteuse ; en formant plus de médecins généralistes à la pratique des IVG ; en favorisant l'accès des femmes vers ces médecins ; en assurant la pratique de l'IVG par tous les gynécologues.

- faciliter l'accessibilité : en ayant un accès sur internet facile, rapide et concis avec le coordonnées des médecins de ville réalisant les IVG médicamenteuses ; en recevant une bonne orientation par les différents secrétariats des médecins, pharmaciens, de la PMI vers un médecin pratiquant ces IVG afin de diminuer le nombre d'interlocuteurs ; en mettant à disposition dans les salles d'attente de l'hôpital, de la PMI, des cabinets de ville les brochures et prospectus d'information distribués par les professionnels de santé ;

d) Les souhaits des femmes après avoir été informées de l'existence d'un réseau

Concernant l'accessibilité sur internet des coordonnées des médecins pratiquant les IVG médicamenteuse dans le cadre du réseau, elles souhaiteraient :

- en tapant « IVG – médecin généraliste – ville » dans le moteur de recherche Google, être dirigées vers des sites officiels : d'un pôle de santé (le site du Centre Hospitalier de référence, notamment du service de gynécologie-obstétrique), de la sécurité sociale ou d'un service de santé publique mais ne pas être dirigées d'abord vers des sites anti-IVG,
- à partir de ces sites, obtenir une liste à jour des médecins généralistes pratiquant ces IVG.
- en recherchant sur les Pages Jaunes, obtenir les médecins pratiquant les IVG médicamenteuses à proximité soit en cochant « à proximité de » et en entrant son adresse, soit par la géolocalisation des Smartphones.

Elles proposent que la liste de ces médecins soit aussi accessible dans les lieux dédiés à la santé tels que les salles d'attente de la PMI, de l'hôpital, des médecins, mais aussi dans les lieux où les femmes se retrouvent entre elles tels que l'esthéticienne.

Elles aimeraient aussi pouvoir contacter une permanence téléphonique ou un serveur vocal leur donnant les coordonnées des médecins proches de chez elles.

Après avoir été informées sur l'existence d'un réseau, la majorité des femmes étaient enthousiasmées et nous ont encouragé à poursuivre nos démarches. Même celles préférant un suivi par leur gynécologue habituel ou celles rassurées par une prise en charge hospitalière étaient favorables à un accès à l'IVG par les médecins généralistes.

D. Nos propositions pour amélioration l'accès à l'IVG

Nous proposons de créer une liste de médecins généralistes et gynécologues de ville, pratiquant les IVG médicamenteuses dans le cadre d'une convention signée entre le médecin et un ou plusieurs centres hospitaliers, mise à jour annuellement, et téléchargeable

sur les sites dédiés à la santé, tels que www.ameli.fr, www.sante.gouv, www.has-sante.fr, www.epsp06.fr.

Une autre idée serait de développer une application pour Smartphone sur laquelle la patiente trouverait le médecin le plus proche de chez elle grâce à la géolocalisation.

En inscrivant l'orthogénie comme une activité médicale à part entière, comme le préconise le rapport de l'IGAS de 2009, nous pourrions espérer pouvoir classer les médecins pratiquant les IVG en médecins généralistes et orthogénie, au même titre qu'il y a des gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens. Cela faciliterait les recherches sur les pages jaunes en contournant les interdictions publicitaires imposées par l'Ordre des Médecins.

Par contre, nous n'envisageons pas de laisser à disposition ces listes dans les lieux où se retrouvent les femmes car ils ne sont pas dédiés à la santé.

Nous préconisons une plus grande implication du centre hospitalier. Celui-ci proposerait annuellement une réunion où seraient conviés tous les acteurs de santé en lien avec la prise en charge des grossesses non désirées et sensibiliserait les organismes de formation continue et les groupes de pairs à cette problématique. L'objectif serait d'informer tous les médecins généralistes, les gynécologues de ville et de l'hôpital, les CPEF et autres organismes de l'existence d'un réseau ville-hôpital dédié. Les médecins de ville pourraient alors orienter leur patiente plus facilement et plus rapidement vers un confrère.

CONCLUSION

Depuis de nombreuses années, la prise en charge des grossesses non désirées aboutissant souvent à une IVG est un problème de santé publique. Face au nombre important de cas d'IVG malgré un taux de couverture contraceptive élevé en France, de nombreuses actions ont été menées depuis près de 40 ans avec notamment la loi de 2001. Son décret d'application de 2004 propose aux femmes une alternative à la réalisation de l'IVG médicamenteuse à l'hôpital en leur permettant d'y avoir accès en ville notamment chez les médecins généralistes.

Notre étude, par son approche qualitative a permis à 24 femmes de la région cannoise de s'exprimer sur les freins et leurs attentes concernant la prise en charge des grossesses non désirées notamment par IVG médicamenteuse en ville.

De nombreuses difficultés ont été évoquées, mais en particulier, un manque d'éducation à la sexualité à l'école et une contraception absente ou inadaptée quelquefois même après une IVG, la méconnaissance tant par les patientes que par les médecins généralistes de l'offre de soins de proximité existante, le manque de clarté des informations concernant l'orientation sur internet et la difficulté à trouver les coordonnées des médecins de ville pratiquant les IVG médicamenteuses.

Une proposition essentielle ressort de ce travail et pourrait améliorer la prise en charge de ces femmes qui signalent leur grande détresse et se sentent très seules dans leur prise de décision. Il faudrait véritablement organiser l'information des femmes et de leur médecin généraliste sur l'existence, en complément des gynécologues et des services hospitaliers, d'un réseau de proximité de généralistes formés aux IVG médicamenteuses chez lesquels la prise en charge peut être plus rapide. C'est par la réalisation d'une coordination ville-hôpital efficace que pourra se faire le travail pluri-professionnel et multidisciplinaire nécessaire. Il fera intervenir l'hôpital, les gynécologues hospitaliers et de ville, les médecins généralistes, les CPEF et les autres organismes. Il est nécessaire de sensibiliser tous les médecins généralistes sur cette activité par l'intermédiaire des formations médicales continues (FMC) et du développement professionnel continu (DPC), des réunions en groupe de pairs et celles organisées par le centre hospitalier de référence. Il faut aussi les inciter à transmettre la liste des confrères formés lors des demandes d'IVG. Ceci n'est pas le cas actuellement car même les médecins généralistes formés dans le cadre

du réseau sont peu sollicités. Une évaluation des activités de ce réseau pour le rendre plus opérationnel semble nécessaire.

D'autres propositions plus originales sont faites aussi par ces femmes et ne paraissent pas dans les derniers rapports officiels sur le sujet, notamment l'accès sur internet via des sites médicaux de listes de confrères de proximité pratiquant ces IVG avec leurs coordonnées ou une application pour Smartphone permettant de localiser les plus proches.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 dite Simone Veil relative à l'interruption volontaire de grossesse. 75-17 janv 17, 1975.
2. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
3. VILAIN A, MOUQUET M-C, GONZALEZ L, RICCARDIS N. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. Etudes et Résultats DREES. juin 2013;(843).
4. Le « Manifeste des 343 salopes ». nouvelobs.com. 1971.
5. Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 dite Neuwirth relative à la régulation des naissances et abrogeant les art.L648 & L649 du Code de Santé Publique. 67-1176 déc 28, 1967.
6. Loi n°79-1204 du 31 décembre 1979 Interruption volontaire de grossesse. 79-1204 déc 31, 1979.
7. Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure. 82-1172 déc 31, 1982.
8. Décret n°2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé et modifiant le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur.
9. Décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : partie Réglementaire).
10. Ministère de la santé et de la protection sociale. Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES n° 2004-569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissement de santé. nov 26, 2004.
11. CRES. Colloque régional. Contraception & grossesses non désirées. « Mieux connaître pour mieux gérer ». Marseille. Actes. 27 janv 2011;1-135.
12. ARS PACA. Les IVG pratiquées en PACA en 2011. Infostat. juin 2013;(19).
13. ARS PACA. Les IVG dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Caractéristiques et parcours des femmes ayant eu recours à l'IVG. Exploitation régionale DREES 2007. Infostat. déc 2010;11.
14. ANAES. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Argumentaire. mars 2001;1-83.

15. ANAES. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Recommandations pour la pratique clinique. mars 2001;
16. HAS. Recommandations de bonne pratique. IVG par voie médicamenteuse. Argumentaire. déc 2010;1-58.
17. HAS. Recommandations de bonne pratique. IVG par voie médicamenteuse. Recommandations. déc 2010;1-12.
18. HAS. IVG par voie médicamenteuse. Schéma de la stratégie thérapeutique et des conditions de prise en charge. déc 2010;
19. Guiochon-Mantel A. Antiprogestatifs - mécanisme d'action. *Reprod Hum Horm.* 1999;12(3):248-53.
20. Baulieu EE. Contragestion and other clinical applications of RU 486, an antiprogestosterone at the receptor. *Science.* 22 sept 1989;245(4924):1351-7.
21. Sitruk-Ware R. Recommandations médicales pour la sécurité d'utilisation de la mifépristone (ex-RU486). *Références en gynécologie obstétrique.* 6(4):329-36.
22. VIDAL. Résumé des caractéristiques du produit Mifegyne®, Cytotec® et Gymiso®. 2014;
23. Tang OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC. Misoprostol: Pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* déc 2007;99:S160-7.
24. AFSSAPS. Rapport public d'évaluation Mifégyne 200 mg, comprimé (mifépristone). sept 2007;
25. Fiala C, Winikoff B, Helström L, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception.* nov 2004;70(5):387-92.
26. Ngo TD, Park MH, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization.* mai 2011;89(5):360-70.
27. Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Pregnancy: A comparison of medical abortion (using mifepristone and gemeprost) with surgical vacuum aspiration: efficacy and early medical sequelae. *Hum Reprod.* 11 janv 1994;9(11):2167-72.
28. Dagousset I, Fourrier E, Aubény E, Taurelle R. Enquête d'acceptabilité du misoprostol à domicile pour interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* janv 2004;32(1):28-33.
29. Roblin P, Shojai R. Les avantages de l'IVG médicamenteuse. *Revue générale Gynécologie.* avr 2011;(153):1-3.
30. ANCIC. Cédérom de formation à l'interruption de grossesse par méthode médicamenteuse hors établissement de santé <http://www.ancic.asso.fr/ivg.html>.

31. Robinson ET, Barber JH. Early diagnosis of pregnancy in general practice. *J R Coll Gen Pract.* juin 1977;27(179):335-8.
32. Creinin MD, Meyn L, Klimashko T. Accuracy of serum β -human chorionic gonadotropin cutoff values at 42 and 49 days' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* oct 2001;185(4):966-9.
33. Blanchard K, Cooper D, Dickson K, Cullingworth L, Mavimbela N, Von Mollendorf C, et al. A comparison of women's, providers' and ultrasound assessments of pregnancy duration among termination of pregnancy clients in South Africa. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 1 mai 2007;114(5):569-75.
34. Beucher G, Beillat T, Dreyfus M. Prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction.* 32(1):5-21.
35. Fauconnier A, Mabrouk A, Heitz D, Ville Y. Grossesse extra-utérine : intérêt et valeur de l'examen clinique dans la stratégie de prise en charge. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction.* 32(7):3S18-3S27.
36. Ardaens Y, Guérin B, Perrot N, Legoeff F. Apport de l'échographie dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine. *EM-Consulte.* 2003;32(Supplément n°7):28-38.
37. Guerulath AH, Ehlen TJ, Bessette P, Jolicoeur L, Savoie R. Maladie trophoblastique gravidique. *J Obstet Gynecol Can.* 2002;24:441-6.
38. Kruse B, Poppema S, Creinin MD, Paul M. Management of side effects and complications in medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* août 2000;183(2, Supplement):S65-75.
39. Thonneau P, Poirel H, Fougereyrollas B, Maria B, Meyer L, Goepp A, et al. A comparative analysis of fall in haemoglobin following abortions conducted by mifepristone (600 mg) and vacuum aspiration. *Hum Reprod.* 6 janv 1995;10(6):1512-5.
40. Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: A review of the literature. *Contraception.* sept 2004;70(3):183-90.
41. Fischer M, Bhatnagar J, Guarner J, Reagan S, Hacker JK, Van Meter SH, et al. Fatal Toxic Shock Syndrome Associated with *Clostridium sordellii* after Medical Abortion. *New England Journal of Medicine.* 2005;353(22):2352-60.
42. De Nonno LJ, Westhoff C, Fielding S, Schaff E. Timing of pain and bleeding after mifepristone-induced abortion. *Contraception.* déc 2000;62(6):305-9.
43. Abdel-Aleem H, Villar J, Metin Gülmezoglu A, Mostafa SA, Youssef AA, Shokry M, et al. The pharmacokinetics of the prostaglandin E1 analogue misoprostol in plasma and colostrum after postpartum oral administration. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 1 mai 2003;108(1):25-8.
44. Orioli IM, Castilla EE. Epidemiological assessment of misoprostol teratogenicity.

BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 1 avr 2000;107(4):519-23.

45. Rørbye C, Nørgaard M, Vestermark V, Nilas L. Medical abortion: defining success and categorizing failures. *Contraception*. oct 2003;68(4):247-51.

46. Fiala C, Safar P, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 15 août 2003;109(2):190-5.

47. Aubény E. IVG en ambulatoire : les nouvelles recommandations de l'HAS. *Repères pratiques Obstétrique*. janv 2012;(159).

48. Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, Creinin MD. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1 juill 2009;34(1):104-9.

49. ANAES, AFSSAPS, INPES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme: recommandations pour la pratique clinique. Dossier de presse. 7 déc 2004;1-15.

50. Pons J-C, Vendittelli F, Lachcar P. L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention. Masson. Paris, France; 2004.

51. Faucher P, Baunot N, Madelenat P. Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville-hôpital : étude prospective sur 433 patientes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. avr 2005;33(4):220-7.

52. Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouyer J. Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France: approches qualitative et quantitative. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2003;51(6):631-48.

53. Paillé P. La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante: douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*. 2007;27(2):133-51.

54. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2ème édition refondue. Paris, France: Armand Colin; 2007. 132 p.

55. Samuel L. Les anti-IVG pratiquent la désinformation sur le Web. *Le Monde.fr*. 22 janv 2014;

56. VILAIN A. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. *Etudes et Résultats DREES*. déc 2009;(712).

57. Chefeg Ben Aissa R, Brocail P-E, COTTET J. L'Interruption Volontaire de Grossesse en ville, 8 ans après la loi: Quels sont les freins chez les médecins généralistes? Existe-il une demande de la part des patientes? Une enquête qualiquantitative auprès de 1000 médecins généralistes de la région Centre Une enquête quantitative multicentrique auprès de 2401 patientes en parcours de soins IVG.

58. Nisand I, Merg-Essadi D. Aspects éthiques et médicolégaux de l'interruption

volontaire de grossesse. EMC - Gynécologie. janv 2009;4(1):1-13.

59. Bajos N, Ferrand M, Giné. De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues. Institut national de la santé et de la recherche médicale, éditeur. Paris, France: INSERM; 2002. 348 p.

60. Benhamou O. Avorter aujourd'hui: trente ans après la loi Veil. 2005.

61. BAUDILLON L, DORLAND POTTIER C, FERRAND M, BAJOS N, LESSANA MM. Naître ou ne pas naître : la contraception entre contrôle et liberté. Le Journal des Psychologues. 2004;218:38-43.

62. Coleman PK, Nelson ES. Abortion attitudes as determinants of perceptions regarding male involvement in abortion decisions. J Am Coll Health. janv 1999;47(4):164-71.

63. Aubin C, Jourdain Menninger D. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. Rapport IGAS N°RM2009-118A. oct 2009;1-99.

64. Aubin C, Jourdain-Menninger D, Inspection générale des affaires sociales. Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001: rapport de synthèse. Paris, France: Inspection générale des affaires sociales; 2009. 93 p.

65. Blayot C. Le point sur l'avortement en France. Population et Sociétés. 1997;(325):1-4.

66. Baudelot C. L'improbable est toujours possible. Pré-face du livre: L'excellence scolaire, une affaire de famille: le cas des normaliennes et normaliens scientifiques Ferrand M., Imbert F., Marry C. L'Harmattan; 1999. 212 p.

67. Boltanski L. La condition foetale: une sociologie de l'engendrement et de l'avortement. Gallimard; 2004. 420 p.

ANNEXES

Annexe 1 – Le consentement éclairé



Consentement éclairé

Je, soussignée

Madame (nom et prénom).....

- Souhaite interrompre ma grossesse ;
- Accepte, dans ce but, d'être prise en charge par le réseau IVG médicamenteuse de ville ;
- Déclare avoir pris connaissance de la notice d'information qui m'a été remise ;
- Suis avertie que, si je décidais, en cas d'échec, de mener ma grossesse à terme, aucune garantie ne peut m'être donnée sur l'absence totale de malformation.

Le

À

Signature

Annexe 2 - La fiche de liaison

**Fiche de liaison médecin / établissement de santé
IVG médicamenteuse en médecine de ville**

- un exemplaire est remis à la patiente ;
- une copie est transmise à l'établissement de santé après prise des médicaments.

Date de la convention :

1re PARTIE

Consultations comportant une prise de médicament

Nom de la patiente :

Médecin : cachet

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Age :

Groupe Rhésus :

Tél :

Date des dernières règles :

Terme (en semaines d'aménorrhée) :

Date présumée du début de grossesse :

Métrorragies :

Dosage β HCG. Date :/...../.....

Taux :

(Résultat à joindre)

Et/ou :

Echographie. Date :/...../.....

Terme : SA +jours

(Compte rendu à joindre)

Antécédents gynéco-obstétricaux :

Grossesses :

FCS :

IVG :

Instrumentale :

Médicamenteuse :

GEU :

Infections :

Autres

Antécédents médico-chirurgicaux :

Cardio-vasculaires :

Tabac :

Traitements en cours :

Allergies :

Autres :

Examen clinique gynécologique :

Date de prise de la Mifepristone :/...../..... au terme de :S.A+jours

Date de prise du Misoprostol :/...../.....

Incompatibilité rhésus : OUI NON

Date de l'injection d'immunoglobuline anti-D :

...../...../.....

Date prévue pour la visite de contrôle :/...../.....



**Fiche de liaison médecin / établissement de santé
IVG médicamenteuse en médecine de ville**

- un exemplaire est remis à la patiente ;
- une copie est transmise à l'établissement de santé après réalisation de la consultation de contrôle.

2e PARTIE
Consultation de contrôle

Nom de la patiente :

Médecin : cachet :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Date de la visite de contrôle :/...../.....

Réussite de la méthode : OUI NON

Date du dosage β HCG :/...../.....

Taux :

Date de l'échographie :/...../.....

Résultat :

Nécessité d'un geste chirurgical : OUI NON

Date :/...../.....

Cause :

Lieu :

Nécessité d'un traitement médical complémentaire : OUI NON

Date :/...../.....

Cause :

Type de traitement :

Prescription d'une contraception :

Annexe 3 – La notice d'information

FICHE D'INFORMATION DE LA PATIENTE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE PAR METHODE MEDICAMENTEUSE PAR UN MEDECIN DE VILLE

(fiche à joindre au dossier-guide IVG remis à la patiente
au cours de la 1^{ère} consultation médicale préalable)

Vous avez souhaité interrompre votre grossesse par méthode médicamenteuse sans hospitalisation.

La méthode :

Elle consiste à prendre 2 médicaments différents en **présence du médecin, dans son cabinet, au cours de 2 consultations** :

- la mifépristone (Mifégyne®) ;
- le misoprostol (Gymiso®), de **36 à 48 h plus tard**.

La mifépristone interrompt la grossesse: elle bloque l'action de l'hormone nécessaire au maintien de la grossesse (la progestérone), favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col utérin; Le misoprostol augmente les contractions et provoque l'expulsion de l'œuf.

Après la prise de mifépristone (Mifégyne®) : que peut il se passer?

Si vous **vomissez** dans les 2 heures suivant la prise de ce médicament, vous devez contacter le médecin afin de renouveler la prise si nécessaire ;

Dans la majorité des cas vous pouvez mener vos activités habituelles

Quelquefois vous pouvez **saigner comme des règles**, vous sentir fatiguée. Il est possible que vous ressentiez quelques douleurs ;

Très rarement, vous pouvez **saigner plus abondamment**, avec des caillots, ressentir des douleurs ressemblant à celles des règles ;

Exceptionnellement, l'œuf peut déjà être évacué à ce stade ;

Les **saignements**, plus ou moins importants, **ne sont pas la preuve que la grossesse est arrêtée**. Il est donc indispensable de vous rendre comme prévu à la consultation suivante pour prendre le misoprostol (Gymiso®).

Après la prise de misoprostol (Gymiso®) : que peut il se passer?

Après la prise de misoprostol (Gymiso®) au cabinet du médecin, il est préférable d'être accompagnée par la personne de votre choix à domicile. Prévoyez de rester chez vous, confortablement installée.

Vous pouvez boire et manger;

Les contractions utérines provoquent des douleurs ressemblant à celles de règles, parfois plus fortes. Des médicaments contre la douleur vous ont été prescrits. N'hésitez pas à les prendre.

Les saignements (risque d'échec de la méthode d'environ 5%) peuvent se produire très vite après la prise du misoprostol, mais parfois plus tardivement :

- dans 60 % des cas, l'avortement (expulsion de l'œuf) se produit dans les 4 heures suivant la prise de misoprostol ;
 - dans 40 % des cas, l'avortement aura lieu dans les 24 à 72 heures suivant la prise de misoprostol.
- Les saignements durent généralement une dizaine de jours.

A TOUT MOMENT, si vous êtes **inquiète** ou si les **troubles** suivants surviennent :

- de la fièvre ;
- des douleurs persistent malgré la prise des médicaments contre la douleur ;
- des pertes importantes de sang persistent ;
- un malaise;

APPELEZ : le médecin qui vous a remis les médicaments ; à défaut, **l'établissement de santé** dont le médecin vous a donné les coordonnées.

N'OUBIEZ PAS la **fiche de liaison** mise à jour dans chacune de vos démarches.

Suites immédiates de l'IVG:

- avant la visite de contrôle:

La possibilité d'une nouvelle grossesse existe. Une contraception oestroprogestative (pilule) peut être commencée dès le lendemain de l'IVG.

- la visite de contrôle:

Elle est absolument **nécessaire** et intervient entre le **14ème et le 21ème jour** après la prise de mifépristone. Le médecin vérifie que la **grossesse est bien interrompue** (risque d'échec de la méthode d'environ 5%) et s'assure de l'absence de complications. L'efficacité de la méthode est généralement contrôlée par échographie ou examen sanguin (dosage β HCG).

La visite a lieu au cabinet du médecin qui vous a remis les médicaments.

Le médecin vérifiera que vous disposez d'un moyen contraceptif approprié à votre situation.

La possibilité d'avoir recours, suite à l'IVG, à un entretien psycho-social, si vous le souhaitez, est évoquée.

Le tarif :

Le tarif est un forfait fixé à 191,74 euros. Ce forfait couvre la consultation au cours de laquelle le médecin reçoit votre consentement à l'IVG, les consultations d'administration des 2 médicaments nécessaires (Mifégyne® et Gymiso®), la consultation de contrôle et le prix des médicaments utilisés. Ce forfait est pris en charge par la sécurité sociale à hauteur de 70 %. Les mutuelles et sociétés d'assurances complètent ce remboursement.

Les analyses de biologie médicale et les échographies éventuellement nécessaires ne sont pas incluses dans le forfait, **ainsi que la première consultation au cours de laquelle le médecin vous aura informée des différentes méthodes d'interruption de grossesse.**

Votre feuille de soins, ainsi que le décompte de remboursement transmis par la caisse de sécurité sociale, seront aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'IVG vis-à-vis de votre entourage (pour les mineures souhaitant garder le secret à l'égard de leurs parents ou lorsqu' aucun des parents n'a donné son consentement, une prise en charge anonyme et gratuite est prévue)

Vous pouvez trouver des informations sur l'IVG par méthode médicamenteuse pratiquée par un médecin en cabinet de ville sur le **site internet** du ministère de la Santé et de la protection sociale (www.sante.gouv.fr/dossiers/ivg).

Annexe 4 - La convention entre le CH de Cannes et le médecin de ville



Convention entre le Centre Hospitalier de Cannes et un médecin relative à la pratique de l'IVG médicamenteuse

ENTRE

L'établissement hospitalier :

.....
sis :

Représenté par M. ou Mme.....

Dûment mandaté en qualité de.....

D'une part,

ET

M. ou Mme..... Docteur en médecine,

☐ Gynécologue médical

☐ Gynécologue obstétricien

☐ Médecin Généraliste

☐ Autre :

Date de qualification :

Dont le cabinet est situé :

.....

|_|_|_|_|_|

Inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins sous le N°

En date du.....

D'autre part,

Vu le Code de la Santé Publique,

Vu la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception,

Vu le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de soins

Vu l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse,

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1^{er}

L'établissement hospitalier s'assure que le médecin participant à la pratique des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans le cadre de la présente convention satisfait aux conditions prévues à l'article R. 2212-11.

L'établissement hospitalier s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse présentée par le médecin.

Il organise des formations visant à l'actualisation de l'ensemble des connaissances requises pour la pratique des interruptions volontaires de grossesse par mode médicamenteux.

Article 2

M. ou Mme le Docteur..... met en œuvre les moyens nécessaires pour établir la datation de la grossesse et l'absence d'une grossesse extra-utérine.

En cas de doute sur la datation de la grossesse, sur l'existence d'une grossesse extra-utérine ou, lors de la visite de contrôle, sur la vacuité utérine, le médecin adresse la patiente à un professionnel qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière.

Article 3

Après l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le médecin transmet à l'établissement une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical de la patiente, en respectant les conditions de confidentialité de transmission des informations rappelées dans circulaire de la Direction Générale de la Santé du 22 juin 2005 (N° DGS/6D/DHOS/01/2005/290).

Article 4

L'établissement hospitalier s'engage à organiser l'accueil de la femme à tout moment et sa prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure, en tant que de besoin, de la continuité des soins délivrés aux patientes.

Article 5

Le médecin qui a pratiqué l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse conserve dans le dossier médical les attestations de consultations préalables à l'interruption volontaire de grossesse ainsi que le consentement écrit de la femme à son interruption de grossesse.

Le médecin adresse à l'établissement hospitalier les déclarations anonymisées des interruptions volontaires de grossesse qu'il a pratiquées.

Article 6

L'établissement hospitalier effectue chaque année une synthèse quantitative et qualitative de l'activité d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, réalisée dans le cadre de la présente convention. Cette synthèse est transmise au médecin signataire de la convention et au médecin inspecteur régional de santé publique.

Article 7

Les médecins adhérents au réseau IVG en ville ne donnent pas le nom du réseau ou leur activité professionnelle au sein du réseau à des fins publicitaires.

Article 8

La participation au réseau IVG en ville n'exonère pas ses membres adhérents de leur responsabilité professionnelle pour laquelle ils sont tenus de souscrire, à leurs frais, une assurance auprès d'une compagnie de leur choix.

Les membres adhérents du réseau doivent pouvoir justifier auprès de l'établissement hospitalier de l'existence des polices d'assurance nécessaires, en produisant chaque année l'attestation d'assurance.

Les médecins signataires informeront sans délai leur assureur de l'existence de cette convention.

Article 9

Une copie de la présente convention est transmise pour information par l'établissement hospitalier à l'agence régionale de l'hospitalisation ainsi qu'aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales dont il relève et par le médecin, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce, ou leurs équivalents compétents pour Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Article 10

En référence à l'article 56 du Code de Déontologie codifié à l'article R4127-56 du code de Santé publique, les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité.

Article 11

La présente convention, établie pour une durée d'un an, est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire. La convention peut être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre des parties contractantes par une lettre motivée envoyée en recommandé avec accusé de réception. La dénonciation prend effet une semaine après réception de la lettre recommandée. En cas de non-respect de la présente convention, la dénonciation a un effet immédiat.

Fait à, le.....en double
exemplaire.

Pour l'établissement hospitalier
Le Directeur, M

M ou Mme
Docteur en médecine

Vu
Dr
Dr
Chef de service de Gynécologie Obstétrique

Vu
Dr
Dr
Centre de régulation des naissances

Annexe 5 – L’ IVG et la culture musulmane : le cas d’une femme

Un entretien nous a permis d’isoler un nouveau thème avec 3 sous thèmes. Ce thème était inattendu et non anticipé. Ce fut l’entretien le plus long. Il a permis de dégager l’implication de la culture musulmane dans la prise en charge des femmes demandeuses d’IVG et plus largement dans la vision des femmes par une femme de culture musulmane. Il ne s’agit que d’un cas, ne répondant pas à notre problématique, nous l’avons donc ajoutée en annexe. Dans cet entretien, elle fait ressortir 3 idées principales :

Sa grossesse face à l’atavisme musulman

On note la peur du jugement de ses parents, la peur de leur réaction à l’annonce d’une grossesse hors mariage entre une musulmane et un catholique. Elle a pris la décision de mettre fin à sa grossesse sans tenir compte de l’avis de son conjoint. Enfin, elle a fait un amalgame entre religion, nationalité et origine. Elle est française de religion musulmane et d’origine tunisienne et son conjoint est français de religion catholique.

J’étais en couple mais c’est vrai que du point de vue religieux, j’étais musulmane, c’était une barrière... le père de mon fils était français... ça été très compliqué... maintenant j’ai un garçon de 2 ans. Je vous explique. J’étais en couple mais je vivais chez mes parents ... pour moi c’était inconcevable ... j’ai mis un terme à ma grossesse. Il était plutôt contre au début et comme il n’avait pas le choix et que c’était ma décision à moi, et bien il a fait avec.

Elle remarque avec le recul, qu’elle a porté plus d’intérêts aux convictions de ses parents et à son héritage culturel qu’à son propre désir. Et elle émet des regrets par rapport à cet avortement car elle se rend compte qu’elle aurait pu assumer cet enfant. Par ailleurs, étant tombée enceinte une nouvelle fois avec le même homme, cette fois elle assume la situation et trouve des arguments pour justifier sa décision (mon père aime mon fils, mon conjoint est un bon père) :

- J’ai fait tout ça en ayant plus peur de mes parents que de ma propre vie... c’était plus pour mes parents que pour moi même ... C’est clair, donc c’est souvent en réaction des gens, c’est même pas par rapport à nous... C’est cette éducation qu’on a qui fait qu’on a de l’appréhension par rapport à notre vie et puis voilà. Je vais dire que c’est comme ça, c’est comme ça... ça a été plus... mes parents dans le sens moral.

- Et un an après, je suis retombée enceinte... ce coup-ci je ne le fais pas « je n’ai pas peur et je le garde »... Aujourd’hui je m’en rends compte c’est du temps perdu ... un enfant ... même si je l’avais eu avant, j’aurais autant assumé que maintenant... Finalement je ne suis pas mariée et j’ai un enfant avec un français ... mon père aime beaucoup mon fils et il a relativisé pour moi parce qu’il aime ses enfants et ... le père de mon fils, qui tient bien la route, j’ai pas ramené un taulard, un camé, un drogué, il y a quand même des choses qui font qu’on rattrape un peu le tir. Voilà qu’est-ce que vous voulez !

Elle refuse la fatalité imposée aux femmes musulmanes : ne pas être mère à 16 ans comme sa propre mère, donc on pourrait penser qu’elle avait fait le choix d’avorter pour ne pas être mère trop jeune, en réalité c’est la crainte de la réaction de ses parents vis-à-vis d’un conjoint non musulman qui a entraîné sa décision. Et de nouveau, elle montre une ambivalence entre le fait de trouver abominable pour sa mère d’avoir été privé

d'adolescence par un mariage et des grossesses, et le fait d'être heureuse d'avoir une mère si jeune. Enfin, elle souligne le fait d'avoir été élevée dans le respect et de vivre dans la transgression :

- Mon premier enfant, j'ai décidé de l'avoir à 31 ans ... je ne me suis pas posée là en tant que mère à 16 ans, en me disant voilà c'est la fatalité... Ma propre mère l'a vécu, elle a été mariée de force ... elle a eu des enfants ... ils se sont mariés à 16 ans, c'était une gamine ... Aujourd'hui je me dis Dieu merci ma mère, elle est jeune, et j'en profite encore, mais faut voir la vie qu'elle a menée pendant toutes ces années aussi ... Donc c'est vrai que c'est mitigé

Je vais dire que c'est comme ça, c'est comme ça... Voilà qu'est-ce que vous voulez !

- Mes parents ils m'ont préservé de tout ça ... pas qu'ils soient religieux, mais on a une certaine éducation chez moi, on fait attention à nous, on parle pas de... on respecte nos parents, on se respecte entre frères et sœurs.

Le jugement des agissements des autres femmes

L'accès à l'IVG a été facilité et c'est une bonne évolution pour certaines... Elle remarque que les mentalités ont évolué, les femmes sont mieux considérées, elles ont plus de droit aujourd'hui en France qu'avant en Tunisie. Elle compare deux époques, deux cultures et met en avant les difficultés rencontrées par les femmes tombant enceintes hors mariage en Tunisie.

- Non, mais ça a beaucoup évolué mais en même temps, je vais vous dire, ça a évolué dans le bon sens pour les femmes que ça intéresse.

- Moi vous savez j'ai des copines qui sont tombées enceintes, elles étaient mineures, je peux vous garantir que dans les années 90, c'est pas comme maintenant. Maintenant, les parents ils comprennent tout, mais à l'époque, ils ne comprenaient rien. C'était tendu. Ici, on est en France, on fait ce qu'on veut, mais là-bas (en Tunisie), on ne fait pas ce qu'on veut. C'est tabou là-bas... Pour avoir des cousines tunisiennes qui n'ont pas ... ce mode de fonctionnement, j'en ai vu se jeter des voitures, qui roulaient à 160 km/h, elles ouvraient la portière et elles se jetaient ... elles voulaient se suicider bien sûr parce qu'elles étaient la risée de tout le monde. J'ai une copine qui est tombée enceinte, on l'a forcé à se marier avec son mari, elle a eu 5 enfants, et puis après faut voir la vie qu'elle a menée... on est la risée de tout le monde et pendant des générations et des générations... Mais moi je pense à des filles qui ont été contraintes de se marier ou violées dans des pays où il n'y a pas de loi et elles gardent leurs enfants car elles ont peur de Dieu.

Elle pense que certaines femmes poursuivent leur grossesse dans l'espoir de se mettre en couple, ou de relancer leur couple mais cela ne résout en général pas les problèmes et c'est l'enfant qui en souffre. Donc, elle suppose que si la femme avait pris la décision d'avorter, il n'y aurait pas de couple mais surtout pas d'enfant qui souffrirait de la relation de ses parents. Elle montre qu'elle est favorable à l'IVG. D'après elle, les relations conflictuelles entre les parents sont principalement à l'origine de la délinquance dans les quartiers sensibles.

C'est ce que je vous dit, les gens parfois, ils se mettent ensemble parce qu'ils ont un enfant, et puis ça ne tient qu'à un enfant la relation, et puis ça va pas, et finalement c'est l'enfant qui en subit les conséquences et voilà... Maintenant on fait tout et n'importe quoi... Donc voilà, pour travailler aussi avec des enfants il faut avoir travaillé dans des quartiers sensibles, je peux vous garantir que ça en est la principale cause. Voilà.

Mais de nouveau surgit le poids de la culture musulmane et tous ces préjugés ressurgissent malgré le sort infligé à ses cousines, ses amies, sa mère. D'après elle, la

facilitation de l'accès à l'IVG modifie les mœurs et favorise la débauche, l'immoralité, le libertinage, les vices, la perversité.

Mais concrètement je pense que l'IVG aussi c'est pousser les gens à avoir des rapports à droite à gauche, à faire un peu leur vie, et puis avorter quand ça ne leur convient pas. Alors est ce que c'est un bon état d'esprit?... La légalisation de l'avortement en France ? Je ne sais pas si c'est une chance. Non mais de pouvoir le faire, ça veut dire qu'on peut aussi avoir des rapports sexuels à tout âge avec n'importe qui, en se disant que c'est pas grave : « demain je tombe enceinte, j'avorte ». Je pense que ce n'est pas une solution non plus... C'est plus facile de se rendre chez son médecin généraliste que de se rendre chez le gynécologue. Donc quelque part c'est faciliter un peu trop les démarches... C'est peut-être trop facile d'aller voir un généraliste. Je pense que chacun doit travailler dans son domaine.

Alors qu'elle-même a eu recours à l'IVG, elle montre son ambivalence entre la facilité offerte par le droit à l'IVG et la culpabilité d'y avoir recours, que néanmoins elle tolère pour des cas extrêmes tels que le viol et l'inceste. Elle reconnaît qu'il s'agit malgré tout d'un droit accordé aux femmes.

Moi, je suis vraiment contre l'IVG... Je suis pour en cas de viol, en cas d'inceste, là c'est certain. Une femme on ne peut pas l'obliger à porter un enfant voilà. Mais je pense que après il y a des cas pour lesquels...de toute façon, maintenant, on est obligé, l'IVG c'est un droit pour tout le monde.

Elle critique notre société qu'elle considère sans mœurs, sans tabou, sans morale ni décence.

On est dans une société où on veut tout. En fait, comment dirais-je, y'a plus de sujet tabou si vous voulez. On parle de tout de rien, on y va comme ça...

Elle dénigre les femmes tombées enceintes suite à un problème de pilule. Elle est méfiante, suspicieuse, souligne leur manque de fiabilité et n'hésite pas à dire que ce sont des menteuses.. Par ailleurs, la notion de culpabilité est imprégnée dans son discours : les femmes n'ont que ce qu'elles méritent, elles l'ont bien cherché.

Moi j'ai pris la pilule très jeune, je vais vous dire un truc, très franchement, celle qui va vous dire qu'elle a vomit sa pilule et qu'elle est tombée enceinte, elle a menti, ce n'est pas vrai... Je pense que quelque part, on est bien consciente de ce qu'on fait, à un moment donné, on a foiré, on n'a pas fait attention, ou a cru que ça allait se passer et finalement on s'est retrouvé enceinte dans cette situation... Donc c'est mentir que de dire que du jour au lendemain, on perd une pilule, et on tombe enceinte le lendemain, c'est pas vrai, c'est pas vrai, c'est pas vrai, et je le redis, c'est pas vrai. Une pilule c'est efficace à 99%, faut vraiment tomber dans les 1%, et ça veut dire qu'on n'a pas de chance... Et quelque part, je pense que c'est notre faute à nous, au début... Je trouve que peut être il y a 40%, allez je suis gentille, 30%, de femmes qui disent la vérité concernant leur pilule, mais y'en a 60%, 70 plutôt, qui vous mentent... Faut pas se leurrer. Faut arrêter de dire, j'ai raté ma pilule, ceci cela. Non, je pense c'est pas vrai, au départ, il y a une intention, ou on est euphorique on ne pense pas à tout ça, ou on n'a pas pris sa pilule et qu'on n'a pas été trop sage, je sais pas y'a un truc qui s'est passé... Y'a toujours une raison.

Elle évoque un conflit, un rapport de force entre les hommes et les femmes, rapport qu'elle considère comme malsain.

On s'est retrouvé enceinte, dans cette situation, et c'était aussi pour confronter le père à la réalité : « Voilà, tu vas avoir un enfant, donc maintenant, tu dois rester avec moi » et je pense que beaucoup de femmes font ça. Il y a un rapport malsain entre la femme et l'homme dès le début... c'est pour ça qu'elles avortent parce qu'elles se rendent compte que les hommes ne sont pas prêts, qu'on les a poussé quelque part à bout.

L'impact de la société sur les enfants

Elle pense que l'éducation à la vie affective et sexuelle a lieu trop tôt, qu'ainsi, on incite les enfants à la perversité et qu'il serait préférable d'attendre l'université pour parler de ce sujet. Elle met en avant qu'il y a un âge pour tout, et pour elle, moins on parle de sexualité moins on aura des enfants et adultes perturbés, pervers.

Quand on touche aux écoles, on va faire de la propagande là-bas et quelque part inciter... c'est à l'école que tout se passe mais on a bien conscience de ça, mais on ne peut pas à un moment cautionner ce qui se passe... On a fait leur éducation sexuelle trop jeune... quand j'étais au collège, je devais avoir 13 ans, j'ai été choquée de voir un manège, il nous expliquait comment mettre des préservatifs sur des bouts de bois mais il y avait toutes les tailles et toutes les couleurs... On se retrouve à l'école devant des capotes, des formes de pénis en bois, j'veux dire, c'est bon quoi, il faut arrêter ... C'est peut être eux aussi qui nous ont engrainé dans leur truc. Aujourd'hui, on vous parle de la théorie du genre, j'ai envie de vous dire...les parents c'est à eux de faire l'éducation de leurs enfants, c'est pas à l'école. Et je pense que ces sujets-là, on devrait les garder pour des universités, des facultés, vous voyez des choses comme ça... Donc s'il faut leur apprendre un truc, il vaut mieux déjà qu'ils aient conscience de qui ils sont, de comment ils sont et l'âge qu'ils ont pour interpréter tout ça quoi. Vous voyez ce que je veux vous dire ? J'veux dit, on brûle les étapes et malheureusement, voilà !

Elle décrit les étapes qui lui semblent nécessaires avant de concevoir un enfant : être un bon élève, apprendre à travailler, et ensuite seulement aimer, se marier, avoir des rapports et concevoir. Elle pense qu'il faut préserver les enfants de la perversité des adultes.

Y'a un âge pour tout, travailler à l'école, un âge pour aimer, un âge pour se marier, un âge pour avoir des enfants et je pense que quand on est ado et qu'on tombe enceinte... Mais d'un point de vue psychologique, on refoule quand on est jeune mais après quand on grandit ça nous revient ... Et on ne prend conscience que lorsqu'on grandit finalement. Est ce qu'un enfant de 17 ans ou de 16 ans, peut-être à même de savoir si il peut gérer une vie familiale ?

Elle explique que les enfants naissent vertueux et purs, c'est la société, notamment la pornographie, qui crée la perversité et la débauche.

Quand on est enfant, on est tolérant, les enfants ils naissent pas racistes, ils naissent pas homophobes, ils naissent pas... vous voyez ce que je veux vous dire ? C'est la société et le temps qui font qu'ils sont comme ça. Et le porno, il y est aussi pour quelque chose. Vous allez sur des sites sans que vous demandiez quoi que ce soit, il y a des femmes toutes nues qui s'agitent devant vous. Vous voyez le gamin de 13 ans en pleine puberté qui voit ça, et après il a envie de faire des trucs avec tout le monde, n'importe qui, donc ça le pousse à mentir aux filles, à avoir des relations malsaines. Et vous voyez, c'est les gamines qui en pâtissent finalement... C'est clair que je ferai attention dans le sens de l'éducation pour mon fils : il faut respecter les femmes, il faut faire attention et pas se moquer d'une fille.

Elle estime que la libération sexuelle rend les individus irresponsables et que les enfants naissant de ce genre d'union sont malheureux et abandonnés

Plus on va dans le temps et plus les gens sont libérés sexuellement et plus on a d'enfants qui vivent en foyers rejetés par leurs parents, par ceci, par cela. Vous voyez ce que je veux vous dire ? Je pense que c'est l'effet boomerang, ça a des conséquences quoi qu'il arrive. Après je vous dis, ça a du bon comme dans toutes choses, comme ça a du mauvais.

Bien qu'il y ait beaucoup de point négatif dans son discours, elle souligne beaucoup de points intéressants : l'importance de laisser grandir les enfants sans les confronter à des réalités d'adultes, de favoriser le travail à l'école, d'inculquer le respect de soi et des autres à ses enfants.

Discussion concernant les problèmes rencontrés par une femme face au poids de la religion

Comme le souligne Christian BAUDELOT, acteur de la sociologie française, « si la statistique incarne souvent la force du destin en sociologie (...), les minorités statistiques recèlent sous une forme concentrée des trésors de propriétés sociales qui informent davantage sur la structure du système, la logique de son fonctionnement... L'insignifiant statistique est sociologiquement significatif » (66). Ainsi, l'entretien de cette femme musulmane nous a semblé très intéressant bien qu'inattendu. Il a permis de dégager l'influence de la culture musulmane dans ses propres choix face à une grossesse non désirée et, plus largement, dans sa vision des femmes demandeuses d'IVG et sa vision des enfants dans une société corromptive et avilissante.

Elle émet des regrets quant à son avortement, avec le recul elle comprend qu'elle a agi en suivant les règles édictées par son éducation et sa culture religieuse. Bien qu'elle regrette cette IVG, elle persiste à justifier sa décision par le fait qu'elle ne soit pas mariée et que son conjoint est une religion différente. Elle se trouve donc dans une position de culpabilité inconfortable, dans la transgression de ce qui lui a été appris.

Luc BOLTANSKI, sociologue français ayant initié le courant pragmatique, analyse le poids de ce qui, dans le cadre de l'IVG, relève de l'échec, de l'officieux, de l'irreprésentable. A contrario de cette capacité de raisonnement, nous constatons toujours l'emprise des croyances sur l'acceptation d'un positionnement humaniste cadré par des repères scientifiques et juridiques (67). En effet, le jugement que cette femme porte sur les autres femmes réalisant des IVG est très dur. D'un côté elle souligne que l'IVG est un droit, que la facilitation de l'accès à l'IVG est une bonne évolution pour les femmes françaises et que malheureusement les femmes tunisiennes n'ont pas encore ce genre de droit. En reconnaissant le droit accordé aux femmes, elle intègre la différence entre sa culture et la culture du pays où elle vit. D'un autre côté, elle pense que cet accès à l'IVG favorise le développement de pratiques sexuelles malsaines, elle se positionne alors contre l'IVG sauf pour les cas les plus terribles tels que le viol et l'inceste, et ceci, malgré le sort infligé à ses amies, ses cousines en Tunisie pour être tombées enceintes hors mariage. Son ambivalence très marquée apparaît liée à la culpabilité qu'elle éprouve d'avoir transgressé les us et coutumes de sa famille et de sa culture lui prescrivant de ne pas avoir de rapport sexuel hors mariage et surtout avec un non-musulman.

Par ailleurs, elle pense qu'il existe un conflit homme / femme qui apparaît lorsque la femme décide de tomber enceinte sans que son compagnon soit d'accord. Les femmes

utiliseraient l'enfant soit pour tenter de relancer un couple vacillant, soit pour imposer à l'homme de rester ou se mettre en couple. C'est une réflexion assez juste, lorsqu'il y a une grossesse dans ce contexte suivie d'une demande d'IVG et qu'il ne s'agit pas d'un échec de contraception, l'entretien avec le psychologue est d'autant plus important. En dénigrant les femmes (« ce sont des menteuses, elles ne sont pas fiables »), en les accablant (« elles n'ont que ce qu'elles méritent, elles l'ont bien cherché »), elle met en évidence le conflit psychique des femmes musulmanes en France entre leur désir de se conformer à leur religion et les avancées du droit Français qui les autorisent à faire des choses interdites par cette même religion.

L'interdit de l'avortement véhiculé par les différentes religions participe des difficultés à traiter de la question de l'avortement. Il est essentiel de les connaître pour deux raisons principales. La première est de mieux comprendre la culpabilité et les mouvements d'ambivalence de femmes demandeuses d'une IVG. La seconde, fondamentale, est de prendre conscience des incidences sur son propre raisonnement de sa culture religieuse, afin de prendre du recul par rapport à ses propres a priori et à ses affects. En effet, le médecin se doit de se connaître suffisamment pour rechercher constamment la position éthique de neutralité. Dans notre cas, il s'agit d'une femme musulmane, mais chaque religion, catholicisme, protestantisme, judaïsme a ses interdits concernant l'avortement et la contraception. La Charia (loi islamique) tolère l'avortement jusqu'au 120^e jour de vie in utero, date à partir de laquelle l'embryon acquiert une existence, et au-delà si la grossesse met la santé physique de la mère en danger. Mais, la règle constante de l'Islam est de ne pas contrevenir aux lois de la nature, lois voulues par leur dieu. Ainsi, bien que la Charia ne parle pas de contraception, celle-ci n'est pas tolérée par les intégristes, qui invoquent les paroles du prophète pour la rejeter. Il est recommandé d'avoir de nombreux enfants dans le mariage.

Elle a un regard très sombre sur la société occidentale : sans mœurs, sans tabou, où règne la débauche, l'immoralité, le libertinage, les vices ... De ce fait, elle estime que les enfants sont trop et trop tôt confrontés à la perversité des adultes notamment avec l'éducation sexuelle donnée à l'école, la pornographie accessible sur internet ; qu'on ne respecte plus chaque âge du développement de l'enfant vers l'adulte : étudier, travailler, aimer, se marier, avoir des rapports et concevoir ; et, qu'il faudrait préserver les enfants de ce monde. La grande accessibilité des documents pornographiques sur Internet et à l'école confronte les enfants très tôt à des images forts violentes (qui d'ailleurs donnent une représentation très négative de la femme) alors même que cette expérience n'est pas

accompagnée d'une parole des adultes. Il est bien sûr impossible de censurer cette large accessibilité gratuite à la pornographie, mais, en revanche, ne pas accompagner cela par une parole qui permette de replacer ce qui est montré dans le contexte du marché du sexe, confère à ces documents une réelle incitation à la violence en matière de sexualité. La seule solution est donc d'éduquer et non pas tenter de préserver, et cela, dans ce domaine tabou, n'est pas facile (58) .

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples

Et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur

Et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,

Et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race,

Viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons,

Mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés,

Et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,

Je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction : Depuis de nombreuses années, la prise en charge des grossesses non désirées aboutissant souvent à une IVG est un problème de santé publique. Face au nombre important de cas d'IVG malgré un taux de couverture contraceptive élevé en France, de nombreuses actions ont été menées depuis près de 40 ans avec notamment la loi de 2001 et son décret d'application de 2004 proposant aux femmes une alternative à la réalisation de l'IVG médicamenteuse à l'hôpital. Pourtant, la part de ces IVG réalisées par les médecins généralistes reste relativement faible.

Objectifs : Les objectifs de cette étude étaient de donner la parole aux femmes afin qu'elles signalent les difficultés rencontrées lors de leur prise en charge et expriment leurs attentes en vue d'améliorer l'accès aux IVG médicamenteuses réalisées par les médecins généralistes.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 24 femmes de la région cannoise.

Résultats : Les difficultés rencontrées par les femmes interrogées sont principalement une contraception absente ou inadaptée à l'origine de grossesse non désirées, la méconnaissance d'une offre de soins de proximité tant par les patientes que par les médecins de ville et la difficulté à trouver les coordonnées des médecins de ville pratiquant les IVG médicamenteuses. Une meilleure organisation de l'information des femmes et de leur médecin généraliste sur l'existence d'un réseau de proximité de généralistes, formés aux IVG médicamenteuses, par la réalisation d'une coordination ville-hôpital efficace pourrait améliorer la prise en charge de ces femmes.

Conclusion : Il est nécessaire de sensibiliser tous les médecins généralistes sur cette activité par l'intermédiaire des formations médicales continues et du développement professionnel continu, des réunions en groupe de pairs et celles organisées par le centre hospitalier de référence. Il faut aussi les inciter à transmettre la liste des confrères formés lors des demandes d'IVG. Les femmes proposent de rendre ces listes accessibles sur des sites médicaux sur internet et de créer une application pour Smartphone localisant les médecins les plus proches.

Mots clés : Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, médecin généraliste, grossesse non désirée, contraception, prévention, éducation à la sexualité, réseau ville-hôpital.